



# LES BIBLIOTHÈQUES SONORES

## DE L'ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

### INSCRIPTION ET ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

(conforme aux dispositions de l'article 202 du nouveau Code de Procédure civile)

#### BIBLIOTHEQUE SONORE DE MONTPELLIER ET DE L'HERAULT

44 rue Estelle , 34000 MONTPELLIER  
Tél.: 04 67 58 37 60

Email : 34m@advbs.fr

1 IDENTIFICATION	Bénéficiaire (1)	Signataire (2)
Nom		
Prénom		
Né(e) le		
N° et rue N° Appt., étage Code postal/Ville		
N° Téléphone N° Portable	___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___	___ / ___ / ___ / ___ / ___ ___ / ___ / ___ / ___ / ___
Courriel		
Etablissement scolaire (3)		

(1) à compléter dans tous les cas (2) à compléter si le bénéficiaire est un enfant mineur ou une personne sous tutelle (3) Pour « scolaires » seulement

### 2. ENGAGEMENTS

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_

Agissant éventuellement aux lieux et places de la personne bénéficiaire susvisée, après avoir pris connaissance des conditions de mise en œuvre des différents services offerts bénévolement par l'Association des Donneurs de Voix, m'engage, solidairement, à n'utiliser directement ou indirectement lesdits services exclusivement que pour l'usage personnel du bénéficiaire.

Je m'engage, en outre, à ne communiquer les informations me permettant d'accéder aux enregistrements à aucune autre personne, y compris mes proches et à ne faire aucune copie des ouvrages ou revues auxquels j'aurai accès.

Toute utilisation non conforme expose le contrevenant aux poursuites civiles et pénales prévues par la loi.

Je valide mon inscription en joignant :

- la photocopie de la carte de handicap  
 le certificat médical attestant que le bénéficiaire est atteint d'un trouble l'empêchant d'avoir un accès normal à la lecture

Fait à : \_\_\_\_\_, le..... Signature :

### 3. ENVIRONNEMENT TECHNIQUE

Connexion internet	ADSL <input type="checkbox"/>	Fibre optique <input type="checkbox"/>	Câble <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Support(s) souhaité(s)	CD audio <input type="checkbox"/> ou MP3 <input type="checkbox"/>	Clé USB <input type="checkbox"/>	Carte SD <input type="checkbox"/>	Serveur national <input type="checkbox"/> Envoi direct (WT) <input type="checkbox"/>

Les personnes disposent d'un droit d'accès, de modification, de rectification et de suppression des données qui les concernent (art. 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 Janvier 1978). Pour exercer ce droit, s'adresser à la Bibliothèque Sonore



## ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

Reconnue d'utilité publique N°68 par décret du 28/ 10/1997

Siège social à Lille

### DEMANDE D'INSCRIPTION EN QUALITE D'AUDIOLECTEUR

Le modèle de certificat médical ci-dessous peut être complété par votre médecin ou votre ophtalmologiste.

En l'absence de certificat médical, vous pouvez produire une photocopie de votre carte d'invalidité.

---

### CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné .....Docteur en Médecine,  
certifie que Mme, Mr ..... né(e) le : .....

n'a pas une vision suffisante pour lire

est atteint d'un handicap moteur égal ou supérieur à 80%

A.....le..... Signature :

Cachet du médecin :

Contre-signature du destinataire :

*Certificat destiné à l'Association des Donneurs de Voix et remis à l'intéressé sur sa demande.*