



Les Bibliothèques Sonores

DE L'ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

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

A RENVoyer par COURRIER ou en PIECE JOINTE (PDF) à

BIBLIOTHÈQUE SONORE DU HAVRE	Tél. : 02 35 41 73 79
61, rue Edmond Rostand - BP 50130 76051 - LE HAVRE Cedex	mail : bslehavre@gmail.com

1/ IDENTIFICATION	Bénéficiaire ⁽¹⁾	Signataire ⁽²⁾
Nom		
Prénom		
Né(e) le		
N° et rue		
N° Appt., étage		
Code Postal/ Ville		
N° Téléphone fixe :		
N° Téléphone portable		
Courriel		
Etablissement scolaire et ville ⁽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 scolaire 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"/> ou Envoi direct <input type="checkbox"/>

Conformément à la loi informatique et libertés du 06/01/1978, vous disposez d'un droit d'accès et de rectifications pour les informations communiquées en vous adressant à : Association des Donneurs de Voix 25, rue Fresnel - 19100 BRIVE - 05 55 87 18 87

