

DOSSIER D'INSCRIPTION - ENGAGEMENT SUR L'HONNEUR

À renvoyer par e-mail ou par courrier à la Bibliothèque Sonore de TOULON

Mail 83t@advbs.fr

1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Rubriques	Bénéficiaire	Représentant (Parent, Tuteur, Aidant)
Civilité	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
NOM		
Prénom		
Lien avec le bénéficiaire		
Né(e) le		
Adresse		
Code Postal / Ville		
N° Téléphone Portable		
N° Téléphone Autre		
Adresse Courriel		

ATTENTION IL EST NÉCESSAIRE D'ÉCRIRE LISIBLEMENT VOS DONNÉES POUR QUE NOUS PUISSIONS LES TRAITER.

2 – EMPÊCHEMENT DE LIRE

Motif demande d'adhésion : VISUEL COGNITIF AUTRE

Pour valider votre inscription, **indiquer le justificatif en votre possession (nous vous le réclamerons en cas de contrôle)**

3 – SUPPORT(S) SOUHAITE(S)

Téléchargement CD Clé USB / Carte SD Autre (Ex VOXIWEB)

Le téléchargement ou autre (ex VOXIWEB) est à privilégier pour les jeunes

POUR LES SCOLAIRES

Établissement scolaire (Nom / Ville)	
Autres informations	Classe : Année scolaire : ULIS : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>

4- PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Pour assurer son service, votre Bibliothèque Sonore doit conserver vos données personnelles ainsi que l'historique de vos lectures aussi longtemps que dure votre inscription. Aucune donnée n'est transmise à des tiers.

5- ATTESTATION

- Je certifie remplir une des conditions requises permettant l'inscription à la Bibliothèque Sonore, m'engage à mettre à disposition les documents nécessaires sur toute demande de la Bibliothèque Sonore et reconnais avoir pris connaissance des [Conditions Générales d'Utilisation](https://lesbibliothequessonores.org/se-renseigner-s-inscrire). Je m'engage à les respecter sous peine de m'exposer à des sanctions civiles et pénales. Cf <https://lesbibliothequessonores.org/se-renseigner-s-inscrire>
- J'autorise l'usage légal de mes données personnelles et la conservation de l'historique de mes lectures.
- Je certifie exactes les informations contenues dans le présent dossier.

En qualité de bénéficiaire (nécessaire à partir de 15 ans, majorité numérique)

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Fait, à

Le.....

Signature

En qualité de représentant :

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Fait, à

Le.....

Signature