



# **Bibliothèque Sonore de Fresnes**

de l'Association des Donneurs de Voix

9 rue Julien Chaillioux-94260 FRESNES

Tél.: 01 46 68 46 08

Courriel : 94f@advbs.fr - Site : www.bs fresnes.fr

## **DOSSIER D'INSCRIPTION**

à transmettre (avec le document justificatif) par mail ([94f@advbs.fr](mailto:94f@advbs.fr))  
ou par courrier à :

**Bibliothèque Sonore de Fresnes  
9 rue Julien Chaillioux 94260 Fresnes**

### **1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

| <b>Rubriques</b>              | <b>Bénéficiaire <sup>(1)</sup></b>                                | <b>Représentant <sup>(2)</sup></b>                                |
|-------------------------------|---|---|
| Civilité                      | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur | <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur |
| NOM                           |   |   |
| Prénom                        |   |   |
| Né(e) le                      |   |   |
| Adresse                       |   |   |
| Adresse (suite)               |   |   |
| Code Postal / Ville           |   |   |
| N° Téléphone Fixe             |   |   |
| N° Téléphone Portable         |   |   |
| Adresse Courriel              |   |   |
| Lien avec le bénéficiaire (4) |   |   |
| Établissement Scolaire (3)    | <b>Nom/Adresse :</b>  |   |

(1) Dans tous les cas

(4) Lien de parenté (père, mère),  
Aidant, tuteur.

(2) Seulement si le bénéficiaire est mineur, sous  
tutelle ou aider par un tiers hors référent d'un

(3) Uniquement pour les scolaires  
établissement scolaire, ou médico-social (voir  
annexe)

### **1 - ENVIRONNEMENT TECHNIQUE**

**Support(s) souhaité(s)**  CD  Clé USB/Carte SD  Téléchargement  Autre :.....

## 2 – ATTESTATION EMPECHEMENT DE LIRE

(Conforme aux dispositions de l'article 202 du Nouveau Code de Procédure Civile)

Validation de l'inscription en joignant l'un des justificatifs suivants :

- Copie de la Carte Mobilité Inclusion (CMI) - anciennement carte d'invalidité -
- Certificat d'un professionnel de santé (voir annexe) mentionnant que le bénéficiaire ne peut avoir un accès normal à la lecture
- Autre justificatif (voir annexe) Indication du justificatif fourni : .....

## 3 – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

## 4 – CONDITIONS GENERALES

### 1 - L'exception au droit d'auteur en faveur des personnes handicapées

Le code de la propriété intellectuelle prévoit à ses articles L. 122-5, L. 122-5-1, L. 122-5-2 une exception au droit d'auteur en faveur des personnes en situation de handicap, permettant à des organismes à but non lucratif de réaliser et de communiquer aux personnes empêchées de lire du fait d'un handicap, des versions adaptées d'œuvres protégées par le droit d'auteur sans autorisation préalable auprès des titulaires des droits ni contrepartie financière.

### 2 - Conditions d'utilisation des documents adaptés

- Il est interdit de dupliquer les documents adaptés, de quelque manière que ce soit, de les prêter ou de les céder à une tierce personne. Leur consultation est strictement réservée aux personnes empêchées de lire du fait d'un handicap et inscrite à notre association.
- Les documents adaptés ne doivent faire l'objet d'aucune diffusion publique ni exploitation commerciale.
- Les bénéficiaires du service ainsi que les intermédiaires en charge de la transmission des documents adaptés aux usagers (référent, coordonnateur, animateur...) doivent respecter ce cadre légal.
- Le téléchargement par un tiers est autorisé sous réserve, pour les mineurs, de l'obtention de l'accord du représentant légal.

### 3- Votre Bibliothèque Sonore s'engage

- 1 - A mettre gratuitement à votre disposition des enregistrements sonores
- 2 - A protéger vos données personnelles
- 3 - Sous réserve d'un délai raisonnable, la Bibliothèque Sonore réalise des enregistrements sur demande, notamment la littérature scolaire étudiée en classe.

### 4- Vous vous engagez

- 1 – A utiliser, les services consentis par la Bibliothèque Sonore exclusivement pour un usage personnel.
- 2 – A retourner tout support, dans un délai raisonnable et avant trois mois.
- 3 – A respecter les conditions d'utilisation des documents adaptés énoncées ci-dessus.

## 5 – CERTIFICATION

Je soussigné(e) :

En ma qualité de :  **bénéficiaire**

Je soussigné(e) :

En ma qualité de :  **représentant**

- Reconnaiss avoir pris connaissance des conditions générales et je m'engage à les respecter sous peine de m'exposer à des sanctions civiles et pénales.
- Autorise l'usage légal de mes données personnelles et la conservation de l'historique de mes lectures.
- Certifie exactes les informations contenues dans le présent dossier.

Le cas échéant : (1)  
(à rayer si sans objet)

J'autorise .....  
à utiliser pour mon usage personnel strict, les services de la Bibliothèque Sonore.

Fait, à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Le bénéficiaire

Le représentant

Signature(s) avec mention manuscrite « Lu et approuvé » - (2 signatures peuvent être apposées)

**(1) Note : si un intervenant tiers référent, à titre exceptionnel, est amené à utiliser les services de la BS en lieu et place du bénéficiaire et de son représentant légal, un avenant à cette inscription est à remplir.**

**Se reporter au document : Inscription audiolecteur - avenant référent - Etablissements médico-sociaux.**

### Justificatifs de base

Copie de la Carte Mobilité Inclusion (**CMI**) délivrée par la Maison départementale des personnes handicapées (**MDPH**) Nota : ce document a remplacé, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, les cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement des personnes handicapées.

Une notification de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (**CDAPH**)

Certificat émanant d'un médecin généraliste, d'un médecin spécialisé ou attestation d'un professionnel de santé spécialisé (Exemples : orthophoniste, neuropsychologue, orthoptiste, psychomotricien, ergothérapeute...etc) mentionnant que le bénéficiaire ne peut avoir un accès normal à la lecture.

Justificatif de l'adhésion à la Fédération des Aveugles et Amblyopes

### Justificatifs spécifiques aux scolaires

Attestation de scolarisation au sein d'un établissement médico-social spécialisé (IES, IME, IEM, établissement pour polyhandicapés...etc.)

Attestation de scolarisation en **ULIS** du Principal de Collège ou du Proviseur de Lycée précisant : Nom, Prénom, date de naissance, adresse du bénéficiaire

Une copie de la première page du Projet personnalisé de scolarisation (**PPS**) comportant l'identification du bénéficiaire

Une copie de la première page du Plan d'accompagnement Personnalisé (**PAP**) comportant l'identification du bénéficiaire

Une copie de la première page du Plan d'Accueil Individualisé (**PAI**) comportant l'identification du bénéficiaire

Attestation d'inscription à la Mission handicap de l'Université et autres dispositifs de suivi des élèves en situation de handicap au sein de classes préparatoires, des centres de formation des apprentis ou des établissements d'enseignement supérieur (école d'art, école de commerce...) comportant l'identification du bénéficiaire