BSR FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Madame ☐ Monsieur ☐

Nom, prénom : ……..

Date de naissance : ……....

Adresse : ……

N° postal : …… Localité : ……....

Canton (ou pays) ……....

Téléphone : ……

E-mail (obligatoire pour télécharger) ……....

Raison de l'inscription :

☐ Aveugle ☐ Dys / TDAH / TSA

☐ Malvoyant ☐ Handicap moteur ☐ Autre

Certificat médical, attestation de logopédiste/orthophoniste ou autre pièce justifiant la difficulté de lecture :

☐ ci-joint ☐ sera envoyé ☐ déjà envoyé

Numéro AVS/AI : .....

☐ J'ai bénéficié d'une prestation AI au cours des dix dernières années.

☐ Je n'ai pas de numéro AVS/AI.

Votre demande d'inscription à la BSR implique que vous approuvez notre politique de confidentialité.

Rue de Genève 17 t + 41 21 321 10 10 info@bibliothequesonore.ch CCP 10-9508-4
CH-1003 Lausanne

□ Je souhaite télécharger les livres audio depuis le site de la Bibliothèque Sonore Romande ou l'application Callioplayer iOS ou Android.

□ Je souhaite recevoir les livres audio sur un lecteur audio portable par la poste (port gratuit).

Dans ce cas, aimeriez-vous que nous choisissions les livres pour vous ? Cochez les catégories qui vous intéressent :

□ Roman
□ Roman d'amour
□ Roman policier
□ Roman science-fiction
□ Histoire / géographie
□ Psychologie / médecine
□ Philosophie / spiritualité
□ Société / économie / politique
□ Roman terroir
□ Roman historique
□ Roman humour
□ Biographie / témoignage
□ Voyage / exploration
□ Sciences / technologie
□ Pratique / alimentation

Comment avez-vous connu la Bibliothèque Sonore Romande ?

□ Professionnels santé □ Institution □ Enseignant

□ Amis et connaissances □ Manifestation □ Librairie, bibliothèque

□ Radio-TV-journaux □ Internet □ Autre

Les enregistrements et documents adaptés ne sont pas destinés à la commercialisation mais restent strictement réservés à l'usage personnel et individuel des personnes handicapées de la vue, dyslexiques ou dans l'impossibilité de lire pour une autre raison. Toute reproduction et transmission interdite.

Signature (pour les personnes mineures, signature du représentant légal) : ……

Date : ……