



MEMOIRE

FORMULAIRE DE REMISE

VOS COORDONNÉES

Date :

Nom & prénom :

Rue :

NPA & localité :

Personne de contact :

Vous-même

Autre (nom complet & adresse) :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Adresse e-mail :

Pour quelle-s raison-s voulez-vous faire don de ces documents ?

Par volonté de pérenniser une collection privée

Par volonté de participer à conserver et enrichir le patrimoine culturel privé en Suisse

Par impossibilité matérielle ou logistique de conserver vous-même les documents

Par manque d'intérêt personnel pour les documents

Autre :

VOS DOCUMENTS

Où étaient conservés vos documents jusqu'à aujourd'hui ?

Dans une pièce de vie

Dans un grenier

Dans une cave

Autre :

Ailleurs qu'à votre domicile ? Merci de préciser l'adresse :

Vos documents, ont-ils été déplacés par le passé ?

- Oui
- Non
- Je l'ignore

Si oui, merci de préciser, si possible, le changement de ville, de canton, de pays, etc. :

S'il s'agit de documents personnels (photos, textes, etc.), merci d'en préciser l'auteur :

Vous-même

Votre conjoint-e :

Un membre de votre famille :

Un proche :

Autre :

Quelle était l'activité professionnelle de l'auteur de vos documents ?

DESCRIPTION

Veillez préciser le-s type-s de documents que vous souhaitez nous transmettre :	Quantité approximative / poids / volume des lots :	De quelle année / période historique datent-ils ?
<input type="checkbox"/> Documents filmiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Documents sonores	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Documents photographiques	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartes postales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Affiches	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Livres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Journaux / magazines	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Cartes géographiques / plans	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="checkbox"/> Diplômes / documents d'identité	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Correspondance / journal intime	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Tableaux / œuvres d'art	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Estampes / gravures	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Timbres	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Monnaies	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Outils / objets	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p>Note En cas de manque de place, merci de bien vouloir nous envoyer un deuxième exemplaire du formulaire (en remplissant uniquement les informations manquantes)</p>		

RESTRICTIONS ET DÉLAI DE CONSULTATION

Désirez-vous restreindre la consultation de certains documents par le grand public ?

- Non.** la consultation de l'ensemble des documents sera libre et mise en œuvre dans le cadre de l'association MEMO1RE et de ses activités.
- Oui.** Je désire mettre en place des restrictions ou un délai de consultation sur certains documents, à définir en accord avec les responsables de MEMO1RE.

REMARQUES ADDITIONNELLES