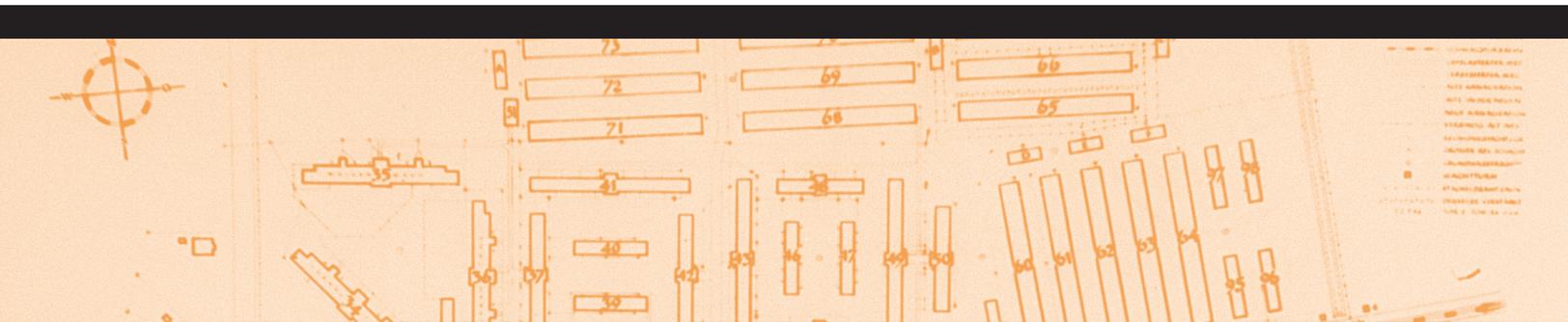


LE REGISTRE BENJAMIN ET VLADKA MEED

DES SURVIVANTS DE LA SHOAH

Formulaire d'Inscription



Taxe : 38 francs

N° AS52123

TITULAIRE :

Nom : *Moses*

Prénoms : *Ruit*



UNITED STATES
HOLOCAUST
MEMORIAL
MUSEUM

Le musée reconnaît comme survivant toute personne, juive ou non-juive, qui fut déplacée, persécutée, ou victime d'une discrimination en raison des politiques raciales, religieuses, et ethniques des Nazis et de leurs alliés entre 1933 et 1945. Pour le musée, ce terme comprend non seulement d'anciens détenus des camps de concentration, des ghettos, et des prisons, mais aussi des personnes contraintes de se réfugier ou de vivre cachées. Les noms inscrits dans le Registre ne seront pas oubliés mais conservés dans les archives du musée. Un parent a la possibilité d'inscrire un survivant à titre posthume.

VEUILLEZ REMPLIR LES RUBRIQUES CI-DESSOUS.

Nom et prénom du survivant* _____

En cas de décès, prière d'indiquer la date (JJ/MM/AAAA) et le lieu _____

Adresse courante _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Téléphone _____ E-mail _____

Nom avant la guerre* _____

Nom de jeune fille* _____

Autre(s) nom(s) utilisé(s)* _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Lieu de naissance (ville et pays)* _____

Autres villes/pays avant la guerre _____

Lieux pendant la guerre* _____

(ghettos, camps, lieux de refuge et cachettes, lieux de transit, et si possible, noms des bateaux)

Camps de personnes déplacées _____

Si vous avez enregistré votre témoignage, veuillez indiquer l'année et pour quelle organisation _____

VEUILLEZ REMPLIR LES RUBRIQUES CI-DESSOUS CONCERNANT VOTRE ÉPOUSE/ÉPOUX OU D'AUTRES SURVIVANTS DE VOTRE FAMILLE.

1. Nom* _____

Parenté avec le survivant qui a rempli ce formulaire

En cas de décès, prière d'indiquer la date (JJ/MM/AAAA) et le lieu _____

Adresse courante _____

Code postal _____ Ville _____ Pays _____

Numéro de téléphone _____ E-mail _____

Nom avant la guerre* _____

Nom de jeune fille* _____

Autre(s) nom(s) utilisé(s)* _____

Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Lieu de naissance (ville et pays)* _____

Autres villes/pays avant la guerre* _____

Lieux pendant la guerre* _____

(ghettos, camps, lieux de refuge et cachettes, lieux de transit, et si possible, noms des bateaux)

Camps de personnes déplacées _____

Si vous avez enregistré votre témoignage, veuillez indiquer l'année et pour quelle organisation _____

2. Nom* _____
Parenté avec le survivant qui a rempli ce formulaire
 En cas de décès, prière d'indiquer la date (JJ/MM/AAAA) et le lieu _____
 Adresse courante _____
 Code postal _____ Ville _____ Pays _____
 Numéro de téléphone _____ E-mail _____
 Nom avant la guerre* _____
 Nom de jeune fille* _____
 Autre(s) nom(s) utilisé(s)* _____
 Date de naissance (JJ/MM/AAAA) _____ Lieu de naissance (ville et pays)* _____
 Autres villes/pays avant la guerre* _____
 Lieux pendant la guerre* _____
 (ghettos, camps, lieux de refuge et cachettes, lieux de transit et, si possible, noms des bateaux)
 Camps de personnes déplacées _____
 Si vous avez enregistré votre témoignage, veuillez indiquer l'année et pour quelle organisation _____

VEUILLEZ REMPLIR L DE PAPIER.

1. Nom* _____
 Adresse courante _____
 Code postal _____ Ville _____ Pays _____
 Téléphone _____ E-mail _____
 Fils/fille(s) de (nom du survivant) _____

2. Nom* _____
 Adresse courante _____
 Code postal _____ Ville _____ Pays _____
 Téléphone _____ E-mail _____
 Fils (fille) de (nom du survivant) _____

CLAUSE DE CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels concernant les survivants et leurs parents inscrits dans la base de données (adresses, numéros de téléphone et e-mails) restent confidentiels. Si vous souhaitez contacter un survivant, vous pouvez envoyer un courrier postal au Registre. Le musée étudiera la demande et la communiquera au survivant et/ou au parent qui pourra, à sa discrétion, y répondre.

* Seules les informations marquées d'un astérisque seront accessibles au public. Pour de plus amples détails, veuillez consulter la clause de confidentialité.



PHOTOGRAPHIES

Notre objectif est de recevoir — dans la mesure du possible — une photographie de chaque survivant. Nous préférons des photographies des années 1930 ou 1940 mais si cela n'est pas possible, toute photographie postérieure à la guerre est acceptée. Puisque nous ne pouvons pas vous rendre les photos, nous vous suggérons de conserver des copies. Veuillez ne pas écrire au dos des photographies. Utilisez la partie ci-dessous pour écrire l'information concernant la (les) photographie (s) que vous donnez. Si nécessaire, vous pouvez utiliser d'autres feuilles de papier. Pour chaque photographie, indiquez autant de détails que possible, y compris les informations suivantes :

Noms, date de la photo (JJ/MM/AAAA), et le lieu _____

Photographe (si connu) _____

L'histoire de la publication de la photographie _____

Nom, adresse, et numéro de téléphone du propriétaire des droits d'auteur (si ce n'est pas le donateur ou le photographe)

DONATION DE(S) PHOTOGRAPHIE(S)

En tant que donateur, j'octroie tous les droits concernant la photo (les photos) notée(s) ci-dessous, y compris le copyright, au Musée Mémorial de l'Holocauste des Etats-Unis.

Je comprends que cette photo (ces photos) servira (serviront) à un (des) but(s) éducatif(s) ainsi qu' à la recherche au sein du musée, et j'autorise sa (leur) publication sous toute forme que ce soit (y compris sur Internet) que le musée jugera nécessaire, à moins que j'y apporte des restrictions précises.

Si vous ne voulez pas apporter de restrictions, veuillez écrire ci-dessous « pas de restrictions » ; si vous voulez émettre des restrictions veuillez les noter ci-dessous.

Signature du donateur _____ Date (JJ/MM/AAAA) _____

Nom en lettres capitales _____

Nous vous remercions d'avoir rempli ce formulaire. Si nécessaire, veuillez-en garder une copie. Les survivants qui ont besoin d'aide pour remplir le formulaire peuvent téléphoner au Registre ou nous contacter par e-mail. Des formulaires d'inscription dans d'autres langues se trouvent sur le site Web du Registre des Survivants de la Shoah, www.ushmm.org/registry.

NOUS VOUS PRIONS DE L'ENVOYER PAR LA POSTE A L'ADRESSE SUIVANTE

REGISTRY OF HOLOCAUST SURVIVORS

United States Holocaust Memorial Museum
100 Raoul Wallenberg Place, SW
Washington, DC 20024-2126, États-Unis
E-mail registry@ushmm.org
Tel 202.488.6130; Fax 202.314.7820
ushmm.org/registry