



# Bureau National de Vigilance Contre l'Antisémitisme

## Formulaire de déclaration Médias

A remplir par le témoin ou la victime d'un acte antisémite

A compléter, signer et transmettre au :  
**B.N.V.C. A. 8 boulevard saint Simon 93700 Drancy**  
**☎ 06 63 88 30 39**

J'ai lu       J'ai vu       J'ai entendu

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ date & lieu de naissance: \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Profession : \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

*Nom du support*  
*(Préciser : Emission de télé, Radio, Journal, Affiche etc...)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

*Nom*  
*(De l'auteur, de l'animateur, du journaliste)* \_\_\_\_\_

*Nature des propos*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Date :*

*Signature :*

*Joindre à cette déclaration copies des articles, photographies des affiches, enregistrements éventuels*

*Attention : toute fausse déclaration peut entraîner des poursuites pénales contre son auteur*

Siège : 8 boulevard Saint Simon 93700 Drancy