

ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

Reconnue d'utilité publique N°68 par décret du 28/10/1997
Siège social à BRIVE

DEMANDE D'INSCRIPTION EN QUALITE D'AUDIOLECTEUR

Le modèle de certificat médical ci-dessous peut être complété par votre médecin ou votre ophtalmologiste

En l'absence de certificat médical, vous pouvez produire une photocopie de votre carte d'invalidité

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussigné, Docteur en médecine

Certifie que Mme, M.

Demeurant

- **N'a pas une VISION suffisante pour lire**
- **Est atteint (e) d'un autre handicap l'empêchant de lire**

A le 201.....

Signature

Cachet du médecin

Contre-signature du destinataire (futur audiolecteur de la BS de Strasbourg et du Bas-Rhin)

Certificat destiné à l'Association des Donneurs de Voix et remis à l'intéressé sur sa demande