

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