



MERCI DE FAIRE REMPLIR CE CERTIFICAT  
PAR  
VOTRE  
MÉDECIN TRAITANT

## DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e)

M \_\_\_\_\_

Bénéficiaire     Tuteur du bénéficiaire

Adresse \_\_\_\_\_

Sollicite mon inscription en qualité d'audiolecteur

Sollicite l'inscription de mon enfant mineur en qualité d'audiolecteur

Nom et prénom de l'enfant : .....

Etablissement : ..... à .....

Année de naissance : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Email : \_\_\_\_\_

J'autorise la Bibliothèque Sonore de l'ADV à conserver ces données et à m'envoyer des E-Mails

SIGNATURE : \_\_\_\_\_ Le : .....

J'ai bien noté que mon inscription et les prestations de la Bibliothèque Sonore de l'ADV sont gratuites.

*L'association étant reconnue d'utilité publique, les dons sont déductibles  
des revenus ou résultats imposables dans les limites prévues par la loi*

ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX  
BIBLIOTHÈQUE SONORE DE VALENCE

222B, avenue Victor Hugo - BP 833

26008—VALENCE Cedex

Tél. : 04 75 40 90 42

Courriel : 26v@advbs.fr

2018

## ATTESTATION MÉDICALE

Je soussigné(e) .....

Docteur en médecine

Certifie que :

M.....

.....

.....

éprouve des difficultés à lire

Date : .....

Signature

Cachet du médecin

Certificat destiné à  
L'Association des donneurs de voix  
et remis à l'intéressé sur sa demande  
Ne peut être produit en justice