



ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX
BIBLIOTHÈQUE SONORE DE VALENCE
*Reconnue d'utilité publique N°68
Par décret du 28 octobre 1977
Siège Social à LILLE*

DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e)

M _____

Bénéficiaire Tuteur du bénéficiaire

Adresse _____

Date de naissance : _____ Téléphone : _____

Email : _____

Sollicite mon inscription en qualité d'audiolecteur

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

Nom et prénom de l'enfant : _____

SIGNATURE

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



**MERCI DE FAIRE REMPLIR CE CERTIFICAT
PAR
VOTRE
MÉDECIN TRAITANT**

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