



ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

Reconnue d'utilité publique N° 68 par décret du 28/10/1977

Siège social à Brive

DEMANDE D'INSCRIPTION EN QUALITE D'AUDIOLECTEUR

Le modèle de certificat médical ci-dessous doit être complété par votre médecin

CERTIFICAT MÉDICAL

Je soussigné(e) _____ Docteur en Médecine,

certifie que Mme, M. _____

demeurant à _____

a des difficultés à lire

A _____ le _____

Signature
Cachet du médecin

Certificat destiné à l'Association des Donneurs de Voix et remis à l'intéressé sur sa demande. Il ne peut être présenté en justice