



# ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

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

**Siège social à Lyon**

## 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*