



ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX  
BIBLIOTHÈQUE SONORE DU HAVRE

Reconnue d'utilité publique N°68

Par décret du 28 octobre 1977

Siège Social à BRIVE

## DEMANDE D'INSCRIPTION

Je soussigné(e)

M \_\_\_\_\_

Bénéficiaire     Tuteur du bénéficiaire

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 \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

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

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 DU HAVRE

61, rue Edmond Rostand (Renaissance)

Boite postale 50130

76051-LE HAVRE Cedex

Tél. : 02 35 41 73 79

Courriel : bslehavre@gmail.com

2016



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