



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

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 a 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 DU HAVRE**

61, rue Edmond Rostand (Renaissance)
Boite postale 50130

76051-LE HAVRE Cedex

Tél. : 02 35 41 73 79 Courriel: bslehavre@gmail.com

2018



**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*