

DEMANDE D'INSCRIPTION SCOLAIRE

Je soussigné(e)

M _____

Tuteur du bénéficiaire

Adresse _____

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

Nom et prénom de l'enfant : _____

Etablissement : _____ à _____

Classe : _____

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.ls@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*