



**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*