



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 DE RÉINSCRIPTION 2018/2019

Je soussigné(e)

M _____

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.

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