

ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

Reconnue d'utilité publique N°68 par décret du 28/10/1997

Siège social à Lille

DEMANDE D'INSCRIPTION EN QUALITE D'AUDIOLECTEUR

Le modèle de certificat médical ci-dessous peut être complété par votre médecin ou votre ophtalmologiste.

En l'absence de certificat médical, vous pouvez produire une photocopie de votre carte d'invalidité.

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignéDocteur en Médecine,
certifie que Mme, Mr
n'a pas une vision suffisante pour lire.

A.....le..... Signature :

Cachet du médecin :

Contre-signature du destinataire :

Certificat destiné à l'Association des Donneurs de Voix et remis à l'intéressé sur sa demande.