



ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX  
BIBLIOTHÈQUE SONORE DE BORDEAUX

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 à 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 DE BORDEAUX

96, rue de la Liberté

33200 BORDEAUX

Tél. : 05 56 24 18 90

Courriel: 33b@advbs.fr

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