



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

DEMANDE D'INSCRIPTION EN QUALITE D'AUDIOLECTEUR

**Modèle de certificat médical pouvant être complété par
votre médecin ou votre ophtalmologiste.**

CERTIFICAT MEDICAL

Je soussignéDocteur en Médecine,

Certifie que M

N'a pas une vision suffisante pour lire

Est empêché (e) de lire (par toute autre forme de handicap rendant l'accès à la lecture difficile)

A.....le.....

Signature :

Cachet du médecin

Certificat destiné à

**Bibliothèque Sonore EVRY - Association des Donneurs de Voix
Boite Postale 30176 – 91006 EVRY Cedex
www.bsevry.fr**