

ASSOCIATION DES DONNEURS DE VOIX

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

Siège social : 25, rue Fresnel 19100 BRIVE-LA-GAILLARDE

*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 soussigné .....Docteur en Médecine,  
certifie que Mme, Mr .....  
ne peut avoir un accès normal à la lecture et doit pouvoir bénéficier du prêt d'audiolivres et  
audiorevues par les Bibliothèques Sonores de l'Association des Donneurs de Voix.

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

Cachet du médecin :

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