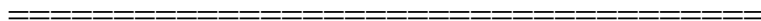


# CERTIFICAT MEDICAL DE MEDECIN OPHTALMOLOGISTE<sup>1</sup>



Je, soussigné (e).....

Ophthalmologiste

Certifie que M.....

est dans l'incapacité de lire après correction

- Certificat valable cinq ans
- Certificat définitif ( rayez la mention inutile )

Fait à..... le.....

Cachet du médecin

Signature du médecin

---

<sup>1</sup> Certificat destiné à l'Association des Donneurs de Voix et remis à l'intéressé (e) sur sa demande  
Ne peut être produit en justice