

CERTIFICAT MEDICAL

Je, soussigné, _____

Docteur en Médecine,

Certifie que : Madame / Mademoiselle / Monsieur / _____ (rayer les mentions inutiles)

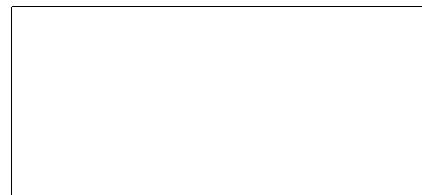
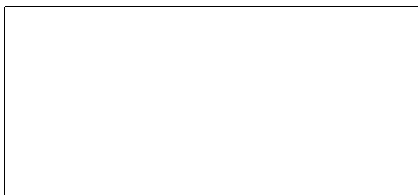
Nom : _____ Prénom : _____

N'a pas une vision suffisante pour lire.

Date : _____

Signature du Médecin :

Cachet du Médecin :



Certificat destiné exclusivement à l'Association des Donneurs de Voix, Bibliothèque Sonore de Cannes, et remis à l'intéressé(e) sur sa demande. Ne peut être produit en justice.