



## Inscription à la Bibliothèque Sonore Romande

Attestation à remplir par tout.e professionnel.le de la santé ou du social, par exemple médecin, logopédiste, orthophoniste, enseignant.e spécialisé.e, etc.

Les livres audio et documents adaptés de la Bibliothèque Sonore Romande sont strictement réservés à l'usage personnel et individuel des personnes handicapées de la vue ou empêchées de lire par un autre handicap.

Par ma signature au bas de ce formulaire, je certifie que

Mme.M. (Prénom, Nom, Domicile)

---

est atteint.e d'

une déficience visuelle

ou d'un autre handicap occasionnant des difficultés de lecture des textes imprimés, telle que

- dyslexie
- sclérose en plaques
- paralysie
- autre

qui justifie qu'elle puisse s'inscrire à la Bibliothèque Sonore Romande.

Date, lieu :

Timbre et signature :