

Veillez imprimer ce formulaire et l'envoyer par télécopie à : 204 948-3229 ou le numériser et l'envoyer par courriel à : isbafe@gov.mb.ca

Renseignements sur l'élève - utilisateur de la Collection de documents en médias substitués

[ ] Éleve utilisant le braille

Nom de famille, prénom

Niveau scolaire

École

Division scolaire

Adresse

Ville ou village

Code postal

N° de téléphone de l'école

Enseignant ou orthopédaogogue

Adresse courriel (obligatoire)

Veillez cocher toutes les cases pertinentes :

- \_\_aveugle ou malvoyant
\_\_déficience physique
\_\_trouble d'apprentissage
\_\_déficiences multiples

\*\*\*\*\*

Je, \_\_\_\_\_, en tant que \_\_\_\_\_
nom complet orthopédaogogue ou conseiller

de \_\_\_\_\_, atteste que \_\_\_\_\_
nom de l'école ou de l'organisme nom complet de l'élève

exige des ressources en médias substitués et comprends que :

- 1. le matériel offert par la Collection de documents en médias substitués est protégé par la Loi canadienne sur le droit d'auteur et ne peut pas être reproduit, distribué, réédité, communiqué, présenté ou fait en œuvre dérivée;
2. la distribution du matériel de la Collection de médias substitués aux élèves qui n'ont pas de trouble de la vue contrevient à la Loi sur le droit d'auteur.

Signature
Orthopédaogogue ou conseiller

Date