

**Veuillez remettre le présent formulaire rempli à [isbafc@gov.mb.ca](mailto:isbafc@gov.mb.ca) ou au 204 948-3229  
(télécopieur)**

### Renseignements sur l'élève

Nom de l'élève

Élève utilisant le braille

Niveau scolaire

Veuillez cocher la ou les raisons de la demande :

École

Division scolaire

- aveugle ou malvoyant  
 déficience physique  
 déficience liée à la compréhension  
(trouble d'apprentissage)

Nº de téléphone de l'école

Enseignant ou orthopédagogue

Adresse courriel de l'enseignant (obligatoire)

\*\*\*\*\*

Je, \_\_\_\_\_, en tant que \_\_\_\_\_  
nom complet \_\_\_\_\_ titre (p.ex. orthopédagogue ou conseiller)

de \_\_\_\_\_, atteste que \_\_\_\_\_  
nom de l'école ou de la division scolaire \_\_\_\_\_ nom complet de l'élève

exige des ressources en médias substituts et je comprends que :

1. **le matériel offert par la Collection de documents en médias substituts est protégé par la [Loi canadienne sur le droit d'auteur](#). Toute utilisation, reproduction ou distribution doit se conformer à cette loi;**
2. **la distribution du matériel de la Collection de médias substituts aux élèves qui n'ont pas de trouble de la perception contrevient à la Loi sur le droit d'auteur.**

Signature  
Orthopédagogue ou conseiller

Date