

**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

\_\_\_\_\_  
École

\_\_\_\_\_  
Division scolaire

\_\_\_\_\_  
N° de téléphone de l'école

\_\_\_\_\_  
Enseignant ou orthopédaogogue

\_\_\_\_\_  
Adresse courriel de l'enseignant (obligatoire)

Veuillez cocher la ou les raisons de la  
demande :

- \_\_\_\_aveugle ou malvoyant  
\_\_\_\_déficience physique  
\_\_\_\_déficience liée à la compréhension  
(trouble d'apprentissage)

\*\*\*\*\*

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

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

exige des ressources en médias substitués et je 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](#). Toute utilisation, reproduction ou distribution doit se conformer à cette loi;**
2. **la distribution du matériel de la Collection de médias substitués aux élèves qui n'ont pas de trouble de la perception contrevient à la Loi sur le droit d'auteur.**

\_\_\_\_\_  
Signature  
Orthopédaogogue ou conseiller

\_\_\_\_\_  
Date