

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

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

Élève 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 orthopédagogue

Adresse courriel (obligatoire)

Veillez cocher toutes les cases pertinentes :

- aveugle ou malvoyant
déficience physique
trouble d'apprentissage
déficiences multiples

Je, nom complet, en tant que orthopédagogue ou conseiller

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

exige des ressources en médias substitués et comprends que :

- 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;
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
Orthopédagogue ou conseiller

Date