

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BANQ) offre à tous les Québécois ayant une déficience perceptuelle le Service québécois du livre adapté (SQLA).

■ CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ AU SQLA

Être une personne ayant une déficience perceptuelle.

La déficience perceptuelle se définit comme étant toute incapacité qui empêche une personne d'utiliser des imprimés, y compris, mais de façon non limitative, la déficience visuelle, l'incapacité de tenir ou de manipuler des imprimés, les troubles d'apprentissage et les inaptitudes consécutives à des traumatismes crâniens.

Toute demande doit obligatoirement être accompagnée d'une attestation écrite confirmant la déficience perceptuelle remplie par une autorité professionnelle reconnue, c'est-à-dire une personne du milieu de la santé, des services sociaux, de la réadaptation ou de l'éducation ou qui, de par ses fonctions, peut confirmer votre condition actuelle.

■ APPAREILS ADAPTÉS

Un appareil adapté est requis pour la lecture des ouvrages enregistrés. En ce qui concerne l'acquisition, l'utilisation et l'entretien de cet appareil, vous devez vous informer auprès d'un centre de réadaptation de votre région.

■ OÙ ACHEMINER LA DEMANDE ?

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli et l'attestation à l'adresse ci-dessous. Si vous le souhaitez, un membre du personnel du SQLA communiquera avec vous pour vous donner des renseignements concernant le fonctionnement de ses services.

Service québécois du livre adapté (SQLA)
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
475, boulevard De Maisonneuve Est
Montréal (Québec) H2L 5C4
Téléphone : 514 873-4454
Sans frais 1 866 410-0844 (au Québec)
Télécopieur : 514 873-9947
Portail Internet : sqla.banq.qc.ca
Courriel : sqla@banq.qc.ca

■ IDENTIFICATION

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Sexe: M F
année / mois / jour

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: Rés.: _____ Bur.: _____

Télécopieur: _____ Courriel: _____

■ COORDONNÉES D'UNE AUTRE PERSONNE À JOINDRE AU BESOIN

Nom: _____ Prénom: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____

■ SERVICES DEMANDÉS (COCHEZ LES CASES APPROPRIÉES)

- Collection braille (abrégé complet) Collection braille (intégral)
 Collection sonore

■ NATURE DE LA DÉFICIENCE (COCHEZ LA OU LES CASES APPROPRIÉES)

- visuelle incapacité de tenir ou de manipuler
 troubles d'apprentissage les imprimés
 autre

■ QUI VOUS A DIRIGÉ(E) VERS LE SQA? (COCHEZ LA OU LES CASES APPROPRIÉES OU PRÉCISEZ)

- organisme de santé et de services sociaux organisme communautaire
 établissement scolaire bibliothèque
 autre (précisez) _____

Je désire que l'on communique avec moi pour en connaître davantage sur le Service québécois du livre adapté et sur les autres services de Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

OUI NON

■ JE CERTIFIE QUE CES RENSEIGNEMENTS SONT EXACTS.

Signature: _____ Date: _____

Les renseignements contenus dans ce document sont considérés comme étant confidentiels et sont protégés par la *Loi sur l'accès aux documents publics et sur la protection des renseignements personnels*. Ils ne peuvent être divulgués sans votre consentement et ne sont utilisés qu'à des fins de gestion interne par le personnel autorisé.