**Заявка на курсы обучения по системе Брайля**

|  |  |
| --- | --- |
| Фамилия, имя, отчество участника |  |
| Улус/район |  |
| Населенный пункт |  |
| Имеет ли тифлофлешплеер?: да/нет |  |
| Уровень знания системы Брайля |  |
| Номер телефона участника |  |
| Полное наименование библиотеки,  к которой относится участник |  |
| ФИО ответственного лица библиотеки |  |
| Контактный телефон |  |
| E-mail |  |