

Services de bibliothèque accessibles- FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Date	
Nom	
Address	
Telephone	
Courriel	
Age	<input type="radio"/> 0-14 <input type="radio"/> 15-30 <input type="radio"/> 31-55 <input type="radio"/> 56-75 <input type="radio"/> 75 +
Quel appareil vous intéresse	<input type="radio"/> IPAD Air <input type="radio"/> Victor Reader - STREAM <input type="radio"/> YOTO Mini <input type="radio"/> Victor Reader – STRATUS
Langue de lecture	<input type="radio"/> anglais <input type="radio"/> français <input type="radio"/> les deux
Principale raison d'emprunter l'appareil ?	<input type="radio"/> Déficience grave ou totale de la vue ou incapacité de focaliser ou de bouger les yeux <input type="radio"/> L'incapacité de tenir ou de manipuler un livre <input type="radio"/> Une déficience liée à la compréhension . <input type="radio"/> Autre _____
Combien de livres, lisez-vous en un mois ?	<input type="radio"/> Aucun <input type="radio"/> 1-3 <input type="radio"/> 4-10 <input type="radio"/> 10+
Quel genre de livres aimeriez-vous	<input type="radio"/> Mystères <input type="radio"/> romance <input type="radio"/> historique <input type="radio"/> western <input type="radio"/> biographies <input type="radio"/> autres _____
Veuillez cocher les formats que vous utilisez	<input type="radio"/> Gros caractères <input type="radio"/> Caractère normal <input type="radio"/> Audio CD <input type="radio"/> Audio MP3 <input type="radio"/> Autre: _____
Quel appareils utilisez-vous pour lire ?	<input type="radio"/> Lecteur de CD <input type="radio"/> Lecteur MP3 <input type="radio"/> Lecteur de livres électroniques (Kindle/Kobo) <input type="radio"/> Autre _____

Où obtenez-vous actuellement vos supports de lecture ?	<input type="radio"/> Bibliothèque publique <input type="radio"/> Emprunter ou échanger des titres avec des amis. <input type="radio"/> Achats (Indigo/Amazon/Audible) <input type="radio"/> Libby by OverDrive <input type="radio"/> autre _____
Comment préférez-vous contacter votre bibliothèque	<input type="radio"/> en personne <input type="radio"/> Téléphone <input type="radio"/> Courriel <input type="radio"/> Demander de l'aide à un ami <input type="radio"/> Autre _____
Avez-vous accès à l'Internet ?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Comment évaluez-vous votre niveau d'expérience de l'Internet ?	<input type="radio"/> jamais utilisé <input type="radio"/> débutant <input type="radio"/> intermédiaire <input type="radio"/> compétent
Comment la bibliothèque peut-elle améliorer ses services	