



Formulaire de rétroaction sur l'accessibilité

SCS s'efforce d'assurer la qualité de vos besoins d'accessibilité. Aidez-nous à améliorer nos services en nous faisant part de vos commentaires.

Veuillez nous indiquer la date et l'endroit que vous nous avez rendu visite :

Date: _____ Endroit: _____

1. Êtes-vous satisfait de l'aide que vous avez reçu?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Quelque peu
------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Commentaires:

2. Avez-vous trouvé notre bureau accueillant et facile d'accès?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Quelque peu
------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Commentaires:

3. Vous sentiez-vous à l'aise en tout temps lors de votre visite?

<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Quelque peu
------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Commentaires:

4. Quels sont vos besoins de communication?

Coordonnées personnelles (optionnel)

Nom: _____ Numéro de téléphone: _____

Courriel: _____

Merci,

Assurance de la qualité