Questionnaire d’admission dans le groupe test de la FSA

La FSA recherche des personnes aveugles ou malvoyantes disposées à tester l’utilité de certains produits et services. En remplissant le présent formulaire, vous consentez à devenir membre du groupe test. Vous ne vous engagez toutefois à rien. Si vos données répondent à certains critères de test spécifiques, nous vous demanderons de participer aux tests correspondants. La première demande, qui comprend le contenu et les conditions-cadres, se fait toujours par le biais de la FSA. Vos données ne seront retransmises qu’avec votre accord. Si vous ne désirez plus faire partie du groupe test, nous supprimerons votre nom avec effet immédiat du cercle des personnes interrogées.

## Données personnelles

Civilité:

Nom:

Prénom:

Adresse:

NPA/lieu :

E-mail:

Téléphone:

Date de naissance:

Profession:

## Questions concernant les tests

### Sur une échelle de 1 à 5: quels sont les produits à tester qui vous intéressent?

1 correspond à «aucun intérêt» et 5 à «très grand intérêt».

* Prestations sur Internet :
* Applications mobiles :
* Nouveaux moyens auxiliaires :
* Autres produits accessibles (ex. appareils électroménagers, divertissement électronique, etc.) :
* Tout ce qui est dans l’intérêt des personnes aveugles ou malvoyantes :

### Quels sont les thèmes qui vous intéressent en particulier?

### Quels moyens auxiliaires utilisez-vous?

* JAWS :
* NVDA :
* VoiceOver pour Mac :
* ZoomText :
* Magic :
* VoiceOver (iOS) :
* Zoom et aides optiques (iOS) :
* TalkBack (Android) :
* Agrandissement (Android) :
* Autres: (lesquels?) :

### Sur une échelle de 1 à 5: quels sont votre compétences linguistiques?

1 correspond à «aucune connaissance» et 5 à «langue maternelle».

* Allemand :
* Français :
* Italien :
* Anglais :

### Quand pourriez-vous participer aux tests?

* Du lundi au jeudi (le soir) :
* Le lundi :
* Le mardi :
* Le mercredi :
* Le jeudi :
* Le vendredi :
* Le samedi :

Bern, 06.11.2017 / Luciano Butera