



CANADA

Public Library Service

Service de bibliothèque à domicile Formulaire de demande

Les renseignements personnels apparaissant sur le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'article 31 c) de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée) et serviront seulement à fournir des services de bibliothèque. Toute question concernant la collecte et l'utilisation de ces renseignements peut être soumise au coordonnateur de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée du ministère du Tourisme et de la Culture au 902-368-6628.

Service des bibliothèques publiques de l'Île-du-Prince-Édouard

C.P. 7500, Morell (Î.-P.-É.) C0A 1S0

Téléphone : 961-7320

www.library.pe.ca

LETTRES MOULÉES S.V.P. :

Date :	Bibliothèque :	
Nom :	Téléphone :	
Adresse :	Ville :	Code postal :
Courriel :		
N° de carte du Service des bibliothèques publiques de l'Î.-P.-É. : 23392 00 _____		
Veuillez désigner une personne avec qui nous pouvons communiquer si nous n'arrivons pas à vous rejoindre.		
Nom :		
Téléphone :	Relation :	

Veuillez indiquer la raison principale pour laquelle vous demandez ce service :

- Déficience physique
- Maladie chronique
- Déficience visuelle
- Mobilité restreinte
- Période de rétablissement de huit semaines ou plus à la suite d'une chirurgie ou d'une maladie
- Autre (veuillez préciser) :

Je reconnais qu'en signant le présent formulaire :

1. J'autorise le Service des bibliothèques publiques de l'Î.-P.-É. à choisir et à louer du matériel à ma place.
2. Je suis responsable de retourner tous les articles empruntés en bon état et dans les délais prescrits.
3. Des frais seront imposés pour remplacer les articles perdus ou endommagés.
4. Tout changement d'adresse ou de numéro de téléphone doit être signalé au personnel du Service de bibliothèque à domicile.
5. Un bénévole fera la livraison des articles selon un horaire fixe; cette personne ne fournira aucune aide avec les tâches de la vie quotidienne.
6. Je peux devenir inadmissible au programme si je ne respecte pas les lignes directrices indiquées.

Signature du demandeur/fournisseur de soins

Date

À L'USAGE DU PERSONNEL SEULEMENT:

Demandeur contacté : _____ Initiales : _____

Seniors' Secretariat
— of Prince Edward Island —