



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

N° de section locale _____

(En lettres moulées)

Nom du délégué : _____

Adresse : _____

Code postal

Téléphone : (maison) _____

(bureau) _____

Email : _____

Cocher le ou les services attendus : (Tous les services seront fournis par SCFP-Ontario) :

Guide/aide personnelle

Je fournirai mes propres

Un est exigé

Interprétation en langage des signes

Accès pour fauteuil roulant

Aide à l'inscription

Aide en cas d'évacuation

Communication Alternative

Traduction française

Sous-titrage en temps réel

Média de remplacement

Gros caractères (Corps _____)

J'ai besoin de matériaux à l'avance

(afin d'adapter à une incapacité)

Format électronique

Allergies importantes (Spécifiez)

Aurez-vous besoin d'autres aménagements ? (Spécifiez)

Aurez-vous besoin d'autres mesures d'accommodement à l'hôtel (comme un téléimprimeur, une alarme visuelle, etc.)? (Spécifiez)

Si vous désirez obtenir d'autres services, inscrivez-le ici (Spécifiez)

Compléter et retourner ce formulaire avant le **14 Août** à :
Demande d'accès du SCFP-Ontario
80, rue Commerce Valley E., bureau 1
Markham, Ontario L3T 0B2
905-739-9739 ou Télécopieur : 905-739-9740