



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS

N° de section locale : _____

(En caractères d'imprimerie ou dactylographiés S.V.P.)

Nom de la personne déléguée : _____

Adresse : _____

Code postal

Téléphone : (maison)

(bureau)

Courriel : _____

Veillez cocher le ou les services requis (tous les services seront fournis par le SCFP-Ontario) :

Guide ou aide personnelle

Je m'en occupe

Nécessaire

	À l'hôtel	À l'événement
Interprétation en ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès pour fauteuil roulant, triporteur ou quadriporteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à l'arrivée ou au moment de l'inscription	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide en cas d'évacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication alternative

Traduction française

Sous-titrage en temps réel

Médias de substitution

Gros caractères (force du corps _____)

**J'ai besoin du matériel à l'avance
(afin de l'adapter à une incapacité)**

Format électronique

Allergies graves (Veuillez préciser)

Aurez-vous besoin d'une autre mesure d'adaptation à l'événement? (Veuillez préciser)

Aurez-vous besoin d'une autre mesure d'adaptation à l'hôtel (comme un téléimprimeur, une alarme visuelle, etc.)? (Veuillez préciser)

Aurez-vous besoin d'autres services? (Veuillez préciser)

Remplir ce formulaire et le retourner avant le **6 MARS 2017** à l'adresse suivante :

Demande d'accès

SCFP-Ontario

80, promenade Commerce Valley Est, bureau 1

Markham (Ontario) L3T 0B2

Téléphone : 905-739-9739 Télécopieur : 905-739-9740