



**CONGRÈS DU SCFP-ONTARIO DE 2017  
HÔTEL SHERATON DU CENTRE-VILLE  
FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS**

N° de la section locale \_\_\_\_\_

(En caractères d'imprimerie S.V.P.)

**Nom du délégué :** \_\_\_\_\_

**Adresse :** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

**Téléphone : (maison)** \_\_\_\_\_

**(bureau)** \_\_\_\_\_

**Courriel :** \_\_\_\_\_

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

**Guide/Aide personnelle**

J'aurai le mien  Un est requis

	À l'hôtel	À l'événement
Interprétation en ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès en fauteuil roulant / scooter	<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"/>	
Transport accessible aux événements hors site		
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Communication alternative**

- Traduction en français
- Sous-titrage en temps réel
- Médias de substitution
- Gros caractères (force du corps : \_\_\_\_)

**J'ai besoin du matériel à l'avance électroniquement**

(afin de prendre des mesures d'adaptation pour un handicap)

**Alerte d'allergie grave :** (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aurez-vous besoin d'autres mesures d'adaptation à l'événement?** (veuillez préciser)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Aurez-vous besoin d'autres mesures d'adaptation à l'hôtel (comme un téléimprimeur, une alarme visuelle, etc.)?** (veuillez préciser)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Autres services?** (veuillez préciser)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner avant le **30 avril** à :

SCFP-Ontario

Demande d'accès

80, promenade Commerce Valley East, bureau 1

Markham (Ontario) L3T 0B2

Tél.: 905-739-9739 TÉLÉC.: 905-739-9740