



**ACCESS REQUEST FORM  
EMERGENCY MEETING  
AUG 25 & 26, 2010**

(Please fill out this form for each delegate)

Local No. \_\_\_\_\_

(Please print or type)

**Name of Delegate:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

Postal Code \_\_\_\_\_

**Telephone: (home)** \_\_\_\_\_

**(office)** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Please check service(s) required** (All services will be paid for by CUPE Ontario):

**Guide/Personal Assistance**

Provide own

Required

**Hotel**

**Event**

ASL Interpretation

Wheelchair / scooter access

Assistance at check in/Registration

Assistance in case of evacuation

Other: \_\_\_\_\_

**Alternative Communication**

French Translation

Real Time Captioning

Alternative Media

Large Print (Font Size \_\_\_\_\_)

**Materials in advance**

Electronically

**Diet restrictions, please specify:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Serious allergy alert** (Please specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodations at the event?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodation at the hotel (such as TTY, visual alarm, etc.)** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Other services?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**The deadline to complete and return this form is AUGUST 18, 2010 to:**

CUPE Ontario Access Request  
305 Milner Ave., Suite 801  
Scarborough, Ontario M1B 3V4  
**(416) 299-9739 or FAX: (416) 299-3480**



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

(Faire des copies de ce formulaire et le distribuer à **chacun** des délégués)

N° de section locale \_\_\_\_\_

(En lettres moulées)

**Nom du délégué :** \_\_\_\_\_

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

Code postal

**Téléphone : (maison)** \_\_\_\_\_

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

**Email :** \_\_\_\_\_

**Cocher le ou les services attendus :** (Les coûts de tous ces services seront payés par le SCFP-Ontario)

:

**Guide/aide personnelle**

A déjà le sien

Demandé

**Hôtel**

**Événement**

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 \_\_\_\_\_)

**Matériel par avance**

Format électronique

**Régime alimentaire particulier, spécifiez :**

---

---

**Allergies importantes (Spécifiez)**

---

---

**Aurez-vous besoin d'autres aménagements ?**

---

---

**Si vous désirez obtenir d'autres services, inscrivez-le ici**

---

---

Compléter et retourner ce formulaire avant le **18 août, 2010** à :  
Demande d'accès du SCFP-Ontario  
305, Ave. Milner, Bureau 801  
Scarborough, Ontario M1B 3V4  
(416) 299-9739 ou Télécopieur : (416) 299-3480