



Convention 2009 ACCESS REQUEST FORM

(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 provided by CUPE Ontario):

Guide/Personal Assistance

I will provide my own

One is required

ASL Interpretation

Hotel

Event

Wheelchair / scooter access

Assistance at check in/Registration

Assistance in case of evacuation

Other: _____

Alternative Communication

French Translation

Real Time Captioning

Alternative Media

Braille

Large Print (Font Size _____)

**I Need Materials in advance
(in order to accommodate a disability)**

Electronically

Braille



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)

Please complete and return by **APRIL 24, 2009** to:
CUPE Ontario Access Request
305 Milner Ave., Suite 801
Scarborough, Ontario M1B 3V4
(416) 299-9739 or FAX: (416) 299-3480



**CONVOCAATION 2009
FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX
SERVICES**

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

N^o 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

Hôtel

Événement

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

Braille

Gros caractères (Corps _____)

**J'ai besoin de matériaux à l'avance
(afin d'adapter à une incapacité)**

Format électronique

Braille

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 **24 AVRIL, 2009** à :
Demande d'accès du SCFP-Ontario
305, Ave. Milner, Bureau 801
Scarborough, Ontario M1B 3V4
(416) 299-9739 ou Télécopieur : (416) 299-3480

sepb 343

sh\forms\2009\CONVAcess request2009