



2015 CUPE ONTARIO CONVENTION SHERATON CENTRE ACCESS REQUEST FORM

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

	Hotel	Event
ASL Interpretation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wheelchair / scooter access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance at check in/Registration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance in case of evacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alternative Communication

- French Translation
- Real Time Captioning
- Alternative Media
- Large Print (Font Size _____)

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

Electronically

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 30th** to:
CUPE Ontario Access Request
80 Commerce Valley Drive, Suite 1
Markham, Ont. L3T 0B2
(905) 739-9739 or FAX: (905) 739-9740

SOLIDARITY
AGAINST AUSTERITY



SOLIDARITÉ
CONTRE L'AUSTÉRITÉ

CUPE-SCFP

CONGRÈS DU SCFP-ONTARIO SHERATON CENTRE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

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

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 ?

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

Compléter et retourner ce formulaire avant le **30 avril** à :
Demande d'accès du SCFP-Ontario
80 Commerce Valley Dr. E. Suite 1
Markham, Ontario L3T 0B2
Téléphone: (905) 739-9739 ou Télécopieur: (905) 739-9740