



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