



## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS

N° de section locale : \_\_\_\_\_

(En caractères d'imprimerie ou dactylographiés S.V.P.)

Nom de la personne déléguée : \_\_\_\_\_

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

Code postal

Téléphone : (maison) \_\_\_\_\_

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

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

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

**Guide ou aide personnelle**

Je m'en occupe

Nécessaire

	À l'hôtel	À l'événement
Interprétation en ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès pour fauteuil roulant, triporteur ou quadriporteur	<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"/>	<input type="checkbox"/>
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Communication alternative

Traduction française

Sous-titrage en temps réel

Médias de substitution

Gros caractères (force du corps \_\_\_\_\_)

**J'ai besoin du matériel à l'avance  
(afin de l'adapter à une incapacité)**

Format électronique

**Allergies graves** (Veuillez préciser)

---

---

---

**Aurez-vous besoin d'une autre mesure d'adaptation à l'événement?** (Veuillez préciser)

---

---

---

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

---

---

---

**Aurez-vous besoin d'autres services?** (Veuillez préciser)

---

---

---

Remplir ce formulaire et le retourner avant le **22 novembre 2017** à l'adresse suivante :

Demande d'accès  
SCFP-Ontario  
80, promenade Commerce Valley Est, bureau 1  
Markham (Ontario) L3T 0B2  
Téléphone : 905-739-9739 Télécopieur : 905-739-9740