

Section locale n° : _____

À ÊTRE REMPLI PAR LE DÉLÉGUÉ

Nom : _____

Adresse : _____

Courriel : _____

Téléphone : (maison) _____ (autre) _____

Veillez cocher le ou les services ou mesures d'adaptation requis (tous les services seront fournis par le SCFP-Ontario).

J'ai besoin d'une mesure d'adaptation : Oui Non

Préposé aux services de soutien à la personne Interprétation en ASL Chien d'assistance Écriture braille/Voix dans l'ascenseur Aide à l'arrivée ou au moment de l'inscription Aide en cas d'évacuation Sièges accessibles * Chaise ergonomique Mesure(s) d'adaptation dans la chambre d'hôtel* Location d'un scooter Autre *

*Veillez consulter le verso du formulaire

Communication alternative Traduction en français Sous-titrage en temps réel

Médias de substitution :

Gros caractères (force du corps : __) Braille CD

Matériel fourni à l'avance :

Électroniquement Copie papier

Allergies ou sensibilités et exigences alimentaires : _____

Détails spécifiques au sujet des mesures d'adaptation : _____

Mesures d'adaptation dans la chambre d'hôtel

- | | |
|--|--------------------------|
| Chambre physiquement accessible (y compris une douche adaptée) | <input type="checkbox"/> |
| Chambre visuellement accessible pour les invités sourds et malentendants | <input type="checkbox"/> |
| Réfrigérateur | <input type="checkbox"/> |
| Utilisation de produits sans parfum | <input type="checkbox"/> |
| Ferme-portes automatiques désactivés | <input type="checkbox"/> |
| Quincaillerie changée : | |
| Poignées de porte (à levier plutôt que rondes) | <input type="checkbox"/> |
| Ouverture de porte automatique (bouton-poussoir) | <input type="checkbox"/> |
| Barres d'appui dans la salle de bain | <input type="checkbox"/> |
| Tapis antidérapants | <input type="checkbox"/> |
| Téléphone sans fil | <input type="checkbox"/> |
| Siège de toilette surélevée | <input type="checkbox"/> |
| Planche(s) de transfert dans le bain | <input type="checkbox"/> |
| Mobilier changé ou retiré : | |
| Retrait ou réorganisation du mobilier pour permettre aux personnes à mobilité réduite de se déplacer | <input type="checkbox"/> |
| Retrait du sommier à ressorts | <input type="checkbox"/> |
| Retrait des portes des placards | <input type="checkbox"/> |

Ce formulaire doit être rempli et acheminé au plus tard 30 jours

après les dates de dépenses, à :

SCFP Ontario

80, promenade Commerce Est, bureau 1

Markham (ONTARIO) L3T 0B2

Tél.: 905-739-9739 Téléc: 905-739-9740