

Section locale n° : \_\_\_\_\_

## À ÊTRE REMPLI PAR LE DÉLÉGUÉ

**Nom :** \_\_\_\_\_

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

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

**Téléphone :** (maison) \_\_\_\_\_ (autre) \_\_\_\_\_

Veuillez 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 \*

\*Veuillez 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