



**CONGRÈS DU SCFP-ONTARIO DE 2019
HÔTEL SHERATON DU CENTRE-VILLE
FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS**

N° de la section locale _____

(En caractères d'imprimerie S.V.P.)

Nom du délégué : _____

Adresse : _____

Code postal

Téléphone : (maison) _____

(bureau) _____

Courriel : _____

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

Guide/Aide personnelle

J'aurai le mien Un est requis

	À l'hôtel	À l'événement
Interprétation en ASL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Accès en fauteuil roulant / scooter	<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"/>	
Transport accessible aux événements hors site		
Autre : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication alternative

- Traduction en français
- Sous-titrage en temps réel
- Médias de substitution
- Gros caractères (force du corps : ____)

J'ai besoin du matériel à l'avance électroniquement

(afin de prendre des mesures d'adaptation pour un handicap)

Alerte d'allergie grave : (veuillez préciser) _____

Aurez-vous besoin d'autres mesures d'adaptation à l'événement? (veuillez préciser)

Aurez-vous besoin d'autres mesures d'adaptation à l'hôtel (comme un téléimprimeur, une alarme visuelle, etc.)? (veuillez préciser)

Autres services? (veuillez préciser)

Veuillez remplir ce formulaire et le retourner avant le **30 avril** à:

Christine Fera cfera@cupe.on.ca

SCFP-Ontario

Demande d'accès

80, promenade Commerce Valley East, bureau 1

Markham (Ontario) L3T 0B2

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