



## CUPE ONTARIO CONVENTION TORONTO SHERATON CENTRE ACCESS REQUEST FORM

(Please fill out this form for each delegate)

Local No. \_\_\_\_\_

(Please print or type)

**Name of Delegate:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

Postal Code

**Telephone: (home)** \_\_\_\_\_

**(office)** \_\_\_\_\_

**Email:** \_\_\_\_\_

**Please check service(s) required** (All services will be provided by CUPE Ontario):

**Guide/Personal Assistance**

I will provide my own ☐

One is required ☐

ASL Interpretation

☐☐

Wheelchair / scooter access

☐☐

Assistance at check in/Registration

☐☐

Assistance in case of evacuation

Other: \_\_\_\_\_

☐☐

**Alternative Communication**

French Translation

☐

Real Time Captioning

☐

Alternative Media

Large Print (Font Size \_\_\_\_\_)

☐

**I Need Materials in advance**

**(in order to accommodate a disability)**

Electronically

☐

**Serious allergy alert** (Please specify) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodations at the event?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Will you require any other accommodation at the hotel (such as TTY, visual alarm, etc.)** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Other services?** (Please specify)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Please complete and return by **April 29, 2011** to:  
CUPE Ontario Access Request  
305 Milner Ave., Suite 801  
Scarborough, Ontario M1B 3V4  
(416) 299-9739 or FAX: (416) 299-3480

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

(Faire des copies de ce formulaire et le distribuer à chacun des délégués)

N° 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

☐☐

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 **29 avril 2011** à :

Demande d'accès du SCFP-Ontario

305, Ave. Milner, Bureau 801

Scarborough, Ontario M1B 3V4

(416) 299-9739 ou Télécopieur : (416) 299-3480