



## 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 ? (Spécifiez)**

---

---

---

**Aurez-vous besoin d'autres mesures d'accommodement à l'hôtel (comme un téléimprimeur, une alarme visuelle, etc.)? (Spécifiez)**

---

---

---

**Si vous désirez obtenir d'autres services, inscrivez-le ici (Spécifiez)**

---

---

---

Compléter et retourner ce formulaire avant le **18 JANVIER** à :  
Demande d'accès du SCFP-Ontario  
80, rue Commerce Valley E., bureau 1  
Markham, Ontario L3T 0B2  
905-739-9739 ou Télécopieur : 905-739-9740