



# 2015 CUPE ONTARIO CONVENTION TORONTO SHERATON CENTRE ACCESS REQUEST FORM

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

	<b>Hotel</b>	<b>Event</b>
ASL Interpretation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wheelchair / scooter access	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance at check in/Registration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assistance in case of evacuation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Other: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**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 30<sup>th</sup>** to:  
CUPE Ontario Access Request  
80 Commerce Valley Drive, Suite 1  
Markham, Ont. L3T 0B2  
(905) 739-9739 or FAX: (905) 739-9740



# CONGRÈS DU SCFP-ONTARIO TORONTO SHERATON CENTRE FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AUX SERVICES

N<sup>o</sup> 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

**Hôtel**

**Événement**

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Communication Alternative**

- Traduction française
- Sous-titrage en temps réel
- Média de remplacement
- Gros caractères (Corps \_\_\_\_\_)

- |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> |                          |

**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 **30 avril** à :  
Demande d'accès du SCFP-Ontario  
80 Commerce Valley Dr. E. Suite 1  
Markham, Ontario L3T 0B2  
Téléphone: (905) 739-9739 ou Télécopieur: (905) 739-9740