



ACCÈS ET SERVICES POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES

Les personnes déléguées assistant au Congrès national du SCFP de 2015 et ayant besoin d'aide lorsque le congrès est en session doivent remplir le formulaire ci-dessous et le retourner au bureau du congrès national du SCFP avec leur lettre de créance.

Le SCFP s'efforcera de prendre les dispositions nécessaires pour satisfaire à toutes les demandes reçues avant le 18 septembre 2015.

NOM : _____

ADRESSE : _____

ORGANISME DÉTENANT UNE CHARTE
(section locale, conseil, etc.) : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : jour : _____

soirée : _____

COURRIEL : _____

Utilisez-vous :

Un fauteuil roulant : électrique manuel

Le braille ou une autre forme d'impression (comme des gros caractères)

Le langage gestuel ou le sous-titrage en temps réel

Autre : _____

Voulez-vous obtenir les documents du congrès sous forme de :

Disquette Type de fichier (Word, PDF, ...) _____

Cédérom Type de fichier (Word, PDF, ...) _____

Braille

Gros caractères Style et taille de police : _____

Autre

Veillez préciser : _____

Avez-vous besoin des services suivants :

Interprétation de langage gestuel : ASL LSQ

Sous-titrage en temps réel : Oui Non

Autre

Veillez préciser : _____

Avez-vous besoin des services d'un aide-soignant? Oui Non

Si oui, quels sont vos besoins exacts?

- Est-ce que le SCFP doit embaucher un aide-soignant?
- Ou, allez-vous être accompagné?
- Avez-vous besoin d'aide en cas d'urgence? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les détails :

Nous n'offrons pas de repas au congrès, mais, pour assurer la sécurité de tous, veuillez nous faire part de vos allergies, incluant les besoins alimentaires particuliers (végétarien, intolérance au lactose, etc.)

Avez-vous besoin de transport adapté à partir de l'aéroport ?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :

Arrivée :

DATE	HEURE	N° DE VOL	COMPAGNIE
------	-------	-----------	-----------

Départ :

DATE	HEURE	N° DE VOL	COMPAGNIE
------	-------	-----------	-----------

À l'hôtel, aurez-vous besoin des services suivants :

Accès pour fauteuil roulant	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Douche accessible aux fauteuils roulants	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>
Chien-guide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>

Autre (veuillez préciser) :

Veuillez fournir des détails au sujet des services dont vous aurez besoin et qui n'ont pas été mentionnés ci-dessus :

Autres commentaires :

Retournez le formulaire rempli avec votre lettre de créance à l'adresse suivante :
(doit être reçu au plus tard le 18 septembre)

Syndicat canadien de la fonction publique
Bureau du congrès
1375, boul. St-Laurent
Ottawa (Ontario) K1G 0Z7
Télécopieur : 613-237-3193