



**RÉUNION DE STRATÉGIE DES FIDUCIAIRES  
DE RÉGIMES DE RETRAITE DU SCFP NATIONAL  
OTTAWA, ONTARIO**

**DU 12 AU 14 MAI 2008**

**Demande de services et de mesures d'adaptation pour les personnes ayant des déficiences**

Le présent formulaire doit être rempli par les participant(ante)s assistant à la réunion de stratégie des fiduciaires de régimes de retraite du SCFP national qui ont besoin d'aide PENDANT LA RÉUNION.

Le SCFP s'efforcera de répondre à toutes les demandes reçues  
**au plus tard la DATE LIMITE du 11 avril 2008.**

(Écrire en lettres moulées)

Nom : \_\_\_\_\_

N° de section locale : \_\_\_\_\_

Adresse (n° et rue) : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone    Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_

Télécopieur : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Organisme à charte (section locale, conseil, etc.) : \_\_\_\_\_

Laquelle de ces situations s'applique à vous?

Utilisateur de fauteuil roulant :

- Motorisé
- Manuel
- Votre aide-soignant vous accompagnera à la réunion

Veillez indiquer le nom et le numéro de téléphone de votre aide-soignant :

Nom : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

**REMARQUE :** Il incombe aux participant(ante)s de prendre les dispositions voulues pour être aidés pendant la réunion. Le syndicat national remboursera aux participant(ante)s et participants les frais de l'aide-soignant pour la durée de la réunion. L'individu doit assumer le coût de l'aide requise hors des heures de réunion.

Avez-vous besoin de matériel pour la conférence comme :

- Disquettes                      Type de fichier (Word, PDF, etc.)
- CD Rom                            Type de fichier (Word, PDF, etc.)
- Braille
- Gros caractères (précisez) : \_\_\_\_\_
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'interprétation gestuelle?

- ASL
- QSL
- Sous-titrage en temps réel
- Autres (précisez) : \_\_\_\_\_

- Avez-vous besoin d'information sur le transport adapté en partance ou à destination de l'aéroport, de la gare des trains ou du terminus d'autobus?

**REMARQUE : Les participant(ante)s doivent prendre les dispositions voulues pour le transport adapté et en assumer le coût.**

Avez-vous besoin d'aide en cas d'urgence?

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

Veuillez fournir des détails sur les services dont vous avez besoin et qui n'ont pas été mentionnés :

---

---

**N'oubliez pas que le SFCP fournira des services uniquement sur les lieux de la rencontre et pendant les travaux. Les activités extérieures sont à la charge de chaque participant(ante).**

Faites des copies additionnelles au besoin.

sepb 491