

DEMANDE D'AIDE PERSONNELLE

NOM DE FAMILLE _____ PRÉNOM _____

RUE _____

VILLE _____ CODE POSTAL _____

TÉLÉPHONE (Travail) _____ (Domicile) _____

SECTION LOCALE _____

Aveugle ou malvoyant _____

Sourd ou malentendant _____

Fauteuil roulant ou mobilité réduite _____

Je me sers de béquilles et j'ai besoin d'être près d'un ascenseur _____

Veillez préciser tout autre besoin particulier _____

J'aurai besoin d'aide pour sortir de ma chambre _____

Date d'arrivée _____ Date de départ _____

IMPORTANT :

RETOURNEZ PAR TÉLÉCOPIEUR LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE AU
SIÈGE SOCIAL DU SEFPO AU (416) 448-7451 (À L'ATTENTION
D'AGNELA PEREIRA) **AU PLUS TARD LE 5 AVRIL 2004.**