



## DEMANDE INTERPRÈTE

Prévoyez un délai de traitement de 2 à 5 jours ouvrables

Envoyez le document dûment rempli par courriel ou par fax à l'attention de Camelia Ciobanu.

Courriel : [c.ciobanu@mirs.qc.ca](mailto:c.ciobanu@mirs.qc.ca); Tél. 450-445-8777 poste 222 ;

### COORDONNÉES DE LA PERSONNE ET DU SERVICE UTILISATEUR

DATE DE LA DEMANDE : \_\_\_\_\_

ORGANISME DEMANDEUR : \_\_\_\_\_

ÉQUIPE (SOUS- SERVICE) : \_\_\_\_\_

NOM et PRÉNOM : \_\_\_\_\_

TÉLÉPHONE ET POSTE : \_\_\_\_\_

COURRIEL : \_\_\_\_\_

### RENDEZ –VOUS UNIQUE

DATE : \_\_\_\_\_

HEURE : \_\_\_\_\_

LIEU DE LA RENCONTRE : \_\_\_\_\_

DURÉE PRÉVUE : \_\_\_\_\_

LANGUE D'INTERPRÉTATION: \_\_\_\_\_

SITUATION D'INTERVENTION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSIGNES PARTICULIÈRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### RENDEZ-VOUS MULTIPLES

NOMBRE DE SUIVIS PRÉVUS: \_\_\_\_\_

DATES DES SUIVIS : \_\_\_\_\_

LIEU DE LA RENCONTRE : \_\_\_\_\_

DURÉE PRÉVUE : \_\_\_\_\_

LANGUE D'INTERPRÉTATION: \_\_\_\_\_

SITUATION D'INTERVENTION : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CONSIGNES PARTICULIÈRES : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

INTERPRÈTE :  MÉME INTERPRÈTE : OUI/NON \_\_\_\_\_

INTERPRÈTES MULTIPLES : OUI/NON \_\_\_\_\_

### MODE D'INTERVENTION DEMANDÉ:

EN PERSONNE –OUI/NON \_\_\_\_\_  PAR TÉLÉPHONE –OUI/NON \_\_\_\_\_

### CHANGEMENT AU RENDEZ-VOUS

NOUVELLE DATE : \_\_\_\_\_

NOUVELLE HEURE : \_\_\_\_\_

LIEU DE LA RENCONTRE : \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ À LA MAISON INTERNATIONALE

NUMÉRO D'ENRÉGISTREMENT : \_\_\_\_\_

NOM DE L'INTERPRÈTE ASSIGNÉ : \_\_\_\_\_