

DEMANDE INTERPRÈTE

Prévoyez un délai de traitement de 2 à 5 jours ouvrables
Pour obtenir un soutien communiquez au téléphone avec Camelia Ciobanu ou
transmettez-lui le présent formulaire dûment rempli par courriel.
Tél. 450-445-8777 poste 222 ; Courriel : c.ciobanu@mirs.qc.ca.

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 : MÊME 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'ENREGISTREMENT : _____
 NOM DE L'INTERPRÈTE ASSIGNÉ : _____