

DEMANDE D'INTERPRETE

Client

Prénom, nom/institution, entreprise, etc... _____

Email _____

Numéro de client _____

SMS / Mobile _____

- sourd/malentendant
- entendant
- pas connu

Nom de la personne sourde _____

Seulement si nouveau client ou changement d'adresse

Rue/No. _____

CP, Lieu _____ Numéro AVS _____

Avez-vous reçu une prestation de part de l'Assurance Invalidité? Si oui:

Numéro de la décision _____ Date de la décision _____

- sourd/malentendant
- devenu sourd
- entendant

Bureau

Privé

- SIP-Vidéophone _____
- Télécrit _____
- ☎ Téléphone _____
- ☒ Fax _____

Mission

Date _____ Horaire de _____ à _____ h et de _____ à _____ h

Nom/Entreprise _____ Adresse _____

CP _____ Lieu _____

Rendez-vous _____

Prière de bien vouloir joindre les documents/textes, ou les envoyer directement à l'interprète.

Les documents seront traités confidentiellement et vous seront rendus après le mandat.

Personne de contact pour les documents

- la même que susmentionnée

Nom/Entreprise _____

Adresse _____

Téléphone _____ Fax _____ Email _____

Mission

- | | |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> école (réunion avec le prof.) | <input type="checkbox"/> conférence = <input type="checkbox"/> intervenant <input type="checkbox"/> participant |
| <input type="checkbox"/> consultation médicale | <input type="checkbox"/> accident |
| <input type="checkbox"/> entretien | <input type="checkbox"/> réunion, séminaire |
| <input type="checkbox"/> église | <input type="checkbox"/> fête |
| <input type="checkbox"/> police, tribunal | <input type="checkbox"/> médias (TV, interview) |
| <input type="checkbox"/> manifestation sportive | <input type="checkbox"/> autre |
| <input type="checkbox"/> place de travail | <input type="checkbox"/> visite |
- Cours, formation continue = responsable du cours participant

Thème _____

thème pas (encore) connu

Nombre de personnes présentes: sourdes _____ entendants _____ pas connu _____

plus d'un interprète souhaité? Nombre _____

autres langues utilisées allemand anglais italien DSGS

forme précise de la traduction désirée (langue parlée, langue des signes internationale, etc..)

Remarques

si possible je désire l'interprète suivant _____

interprète non désiré _____

Habits: normal business dress festif dehors (étanche)

NON, je ne veux pas de stagiaire présent(e)

Accord du client

Je prends note que l'interprète a le devoir de respecter les règles déontologiques de sa profession (secret professionnel, neutralité, fidélité au message). L'interprète accomplit son travail au plus près de sa conscience. Il/elle ne peut être tenu(e) responsable en cas d'échecs

Lieu, date Signature

En cas d'annulation de mission, veuillez s.v.p. informer interprete@procom-deaf.ch minimum 2 jours ouvrables an préalable. Sans information, une participation aux frais sera demandée.

Envoyer à: procom service d'interprètes, Rue Caroline 7bis, 1003 Lausanne

☎ 021 625 88 22, 📠 Fax 021 625 88 24, E-Mail interprete@procom-deaf.ch