|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEMANDE DE SERVICE**  **(Version électronique)**  ***Veuillez nous fournir les renseignements demandés afin que nous puissions traiter votre demande promptement.*** | | | | | | | | | |
| Titre du document : | |  | Traduction de l’anglais au français | | | | | | |
| Nombre de mots : | |  | Correction d’épreuves  Mise à jour | | | | | | |
| **Date à laquelle la traduction est requise :**  Délai ferme  *(Veuillez indiquer une date précise et prévoir le plus de temps possible.)* | | | | | | | | | |
| Organisme : |  | | Service / Succursale / Programme : | | | |  | | |
| Personne-ressource (*questions générales administratives*) : | | | | | Tél. : |  | | Poste : |  |
| Courriel : | | | | |  |  | |  |  |
| Personne-ressource (*questions sur le contenu) :* | | | | | Tél. : |  | | Poste : |  |
| Courriel : | | | | |  |  | |  |  |
| A qui ce document s’adresse-t-il?  Veuillez indiquer, au moyen du menu déroulant ci-dessous, la source du texte ? | | | | Veuillez indiquer, au moyen du menu déroulant ci-dessous, comment la traduction sera diffusée? | | | | | |
| **Marche à suivre :**   * Fournir l’équivalence française des titres propres à votre organisme (ou indiquer s’il n’existe pas de traduction). * Expliquer les abréviations ou acronymes. * Envoyer la version finale du document à faire traduire. * Si la traduction est retapée ou reformatée, demander à notre service de vérifier l’épreuve (voir *Lignes directrices*).   **Conditions des services de traduction :**   * Les documents traduits par l’entremise de nos services ne peuvent être vendus à des fins lucratives. * Seuls les programmes financés par le ministère de la Santé qui sont désignés ou identifiés pour offrir des services en français ont droit à nos services de traduction. * Le document traduit doit être comparable à la version anglaise sur le plan de la qualité et de la disponibilité. * Les textes protégés par des droits d’auteurs ne peuvent être traduits sans la permission écrite du détenteur des droits d’auteur.   J’ai lu et j’accepte les conditions susmentionnées.  Nom :       Date : | | | | | | | | | |

***OÙ FAIRE PARVENIR VOTRE DEMANDE ET LE MATÉRIEL À TRADUIRE :***

Services de santé en français

Santé Niagara

**Courriel :** **[NHtranslationLTC@niagarahealth.on.ca](mailto:NHtranslationLTC@niagarahealth.on.ca)**

***\*Renseignements généraux :***

**Jeannette Wilcox** - coordonnatrice **Stacey Lewis** - traducteur

[**Jeannette.Wilcox@niagarahealth.on.ca**](mailto:Jeannette.Wilcox@niagarahealth.on.ca) [**Stacey.Lewis@niagarahealth.on.ca**](mailto:Stacey.Lewis@niagarahealth.on.ca)

***Les services de traduction sont financés par le ministère de la Santé de l’Ontario***