



Ce formulaire est confidentiel. Il doit être rempli par le département des services en français ou une personne autorisée.

This document is confidential and must be completed by the French services department or the authorized person.

Envoyer à : | Send to :
C. élec. | E-mail : translation@southernhealth.ca

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRADUCTION | TRANSLATION REQUEST FORM

ORS, Établissement de santé et de services sociaux | RHA, Health & Social Services Facility

Southern Health-Santé Sud

Personne autorisée Authorized Person	C. élec. E-mail	N° de tél. Tel. No.	Poste Ext.

Titre du document Document Title	Urgent <input type="checkbox"/> Oui Yes
---	---

Soumis Submitted J / D M / M A / Y	Retour Return J / D M / M A / Y	Heure / Time	Nombre de mots Number of Words	Votre N° de référence Your Reference No.

TYPE DE SERVICE | SERVICE REQUESTED

Traduction complète
Translation of entire document

Traduction de texte sélectionné
Translation of selected text

Correction d'épreuve
Proofreading

Clientèle visée | Target Group

Grand public
General public

Personnes âgées
Seniors

Adulte
Adult

Enfant
Child

Instructions spéciales | Special Instructions

Type de document | Type of Document

Papier
Paper

Numérique
Online

Les deux
Both

Délais d'exécution | Translation Timeline

Urgent: 1-2 jours/days

1-50 mots/words: 2 jours/days

500 mots/words: 5 jours/days

500-3000 mots/word: 10 jours/days

3001 mots et plus/words & more : 21 jours/days

**Les documents seront retournés par courriel à l'envoyeur.
Documents will be returned to the sender via e-mail.**