

Vérification judiciaire	Date	<input type="checkbox"/>
Entrevue	Date	<input type="checkbox"/>
Accueil/Intégration	Date	<input type="checkbox"/>

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR DEVENIR BENEVOLE

À LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE RÉPONDRE :

Les renseignements demandés sont nécessaires pour l'étude de votre candidature. Ces renseignements sont sujets à vérification.

ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES S.V.P.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Nom de famille : _____ Masculin Féminin

Prénom : _____ Date de naissance : _____

Coordonnées :

N° rue : _____ App. : _____ Année _____ Mois _____ Jour _____

Province : _____ Code postal : _____

N° téléphone résidence : () _____ N° téléphone cellulaire : () _____

Courriel personnel : _____

Langue :

Français Anglais Autre _____

Occupation actuelle :

Travailleur : Retraité (e) : Étudiant (e) Autre : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____ Prénom : _____

Lien : _____ Téléphone : _____

EMPLOIS ET BÉNÉVOLAT

Nom de votre employeur : _____

Votre titre d'emploi : _____

Sommaire de vos responsabilités : _____

Avez-vous déjà fait du bénévolat ? Oui Non Précisez la durée de l'engagement _____

Quand? _____ Endroit : _____

Décrivez le type d'activité : _____

RÉFÉRENCES

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

Lien : _____ Lien : _____

Téléphone : () _____ Téléphone : () _____

SCOLARITÉ - FORMATION - STATUT

Cochez votre niveau de scolarité

- Secondaire
- Professionnel Quel est votre champ d'études : _____
- Collégial Quel est votre champ d'études : _____
- Universitaire Quel est votre champ d'études : _____

VOS INTERETS PARMi NOS SECTEURS D'ACTIVITE

* Cochez le(s) secteurs d'activité qui vous intéressent :

- Déficience intellectuelle Trouble du spectre de l'autisme Déficience physique Soutien à l'autonomie des personnes âgées
- Santé mentale Dépendances Clinique de santé des réfugiés
- Jeunesse Saint Brigid's Home et Jeffery Hale

ACTIVITES QUE VOUS SOUHAITEZ REALISER

* Cochez le(s) types d'activité qui vous intéressent :

- Accompagnement à l'accueil dans les services Présence en activité clinique avec un intervenant
- Accompagnement en activité de groupe Visite d'amitié
- Accompagnement en milieu familial Parrainage
- Soutien et présence aux activités thématiques, festives, de loisir Transport-accompagnement
- Accompagnement aux activités de la vie quotidienne et domestique Autre, préciser :
- Accompagnement en activité dans la communauté
- Présence et soutien en soins palliatifs et fin de vie

VEUILLEZ COCHER VOS DISPONIBILITES

	LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
A.M.							
P.M.							
SOIR							

RESTRICTION MEDICALE ET PHYSIQUE

Veillez décrire toute restriction médicale ou physique qui pourrait limiter votre habileté à remplir certaines fonctions et que vous aimeriez que nous prenions en considération au moment de déterminer votre secteur d'intervention bénévole.

DECLARATION DU BENEVOLE

Je déclare et reconnais que toutes les tâches que j'exécuterai pour le service du bénévolat au CIUSSS de la Capitale-Nationale seront effectuées sans rémunération.

En tant que bénévole, je m'engage à respecter le code d'éthique, la confidentialité et les règlements en vigueur dans l'exécution de mes tâches.

Une fausse déclaration ou omission de fait peut être une cause suffisante de rejet de ma candidature ou de congédiement.

J'accepte que l'on procède à une vérification de mes antécédents/empêchements judiciaires.

Signature

Date

Si le candidat ou la candidate est âgé de moins de 18 ans, signature du parent ou du tuteur est obligatoire.

Signature du parent ou du tuteur

Date

Pour plus d'informations sur les activités bénévoles du CIUSSS de la Capitale-Nationale, visitez le site Internet :

www.ciusscnc.ca/bénévolat