

FORMULAIRE D'INSCRIPTION À TITRE DE BÉNÉVOLE

Merci pour votre intérêt à devenir bénévole de la Maison St-Raphaël. Veuillez remplir et nous retourner ce formulaire d'inscription et nous communiquerons avec vous sous peu. Toutes les informations que vous fournirez demeureront confidentielles et feront l'objet d'une attention particulière. Si votre candidature est retenue, nous vous inviterons à passer une entrevue. Puis, afin de pouvoir finaliser votre candidature, nous effectuerons une recherche d'antécédents judiciaires. Pour toute question, n'hésitez pas à communiquer avec nous au numéro ci-dessous. Veuillez accorder à votre demande toute l'attention qu'elle mérite.

IDENTIFICATION

| | | | |
|---------------------------------------|--|----------------------------------|---------------|
| Nom : | | Prénom : | |
| Adresse : | | App : | |
| Ville : | | Province : | Code postal : |
| Téléphone : | | Cellulaire : | |
| Courriel : | | Date de naissance (facultatif) : | |
| Genre : | Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre(s) : | | |
| Personne à rejoindre en cas d'urgence | | Nom : | Prénom : |
| Téléphone : | | Lien : | |

EXPÉRIENCE DE VIE

Occupation : _____

Études effectuées (plus haut diplôme obtenu et domaine) : _____

Habilités particulières (musicien, artiste, artisan, etc.) : _____

Avez-vous vécu le deuil d'un proche dans la dernière année? Oui Non

Connaissez-vous ou avez-vous connu une personne souffrant d'une maladie incurable? Oui Non

Souffrez-vous d'une maladie incurable vous-même? Oui Non

Souffrez-vous d'autres problèmes médicaux, de handicaps ou de maladies transmissibles qui pourraient limiter les endroits où vous pouvez travailler? Si oui, svp fournir des explications : _____

Comment avez-vous entendu parler de la Maison St-Raphaël ? _____

Quelle(s) expérience(s) de bénévolat possédez-vous ? _____

EXPÉRIENCE DE VIE (SUITE)

Pour quelles raisons désirez-vous devenir bénévole à la Maison St-Raphaël ? _____

Accompagnement, soins

À la fondation

Possédez-vous une expérience à œuvrer dans un hôpital ou auprès de personnes malades? Oui Non

TYPES DE BÉNÉVOLAT (SVP cocher toutes les cases qui s'appliquent)

À la maison de soins palliatifs

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil/Réception | <input type="checkbox"/> Administration/Secrétariat | <input type="checkbox"/> Buanderie |
| <input type="checkbox"/> Cuisine | <input type="checkbox"/> Entretien extérieur | <input type="checkbox"/> Entretien intérieur |
| <input type="checkbox"/> Soins aux patients | <input type="checkbox"/> Soutien | <input type="checkbox"/> Suivi de deuil |

Au centre de jour

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accompagnement et soins | <input type="checkbox"/> Assistance aux repas | <input type="checkbox"/> Animation d'activités ou d'ateliers |
|--|---|--|

À la fondation

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Événements | <input type="checkbox"/> Activités de collecte de fonds | <input type="checkbox"/> Tâches administratives |
|-------------------------------------|---|---|

QUELLES SONT VOS DISPONIBILITÉS ? (SVP cocher toutes les cases qui s'appliquent)

| | Dimanche | Lundi | Mardi | Mercredi | Jeudi | Vendredi | Samedi |
|------------|----------|-------|-------|----------|-------|----------|--------|
| Matin | | | | | | | |
| Après-midi | | | | | | | |
| Soir | | | | | | | |

Note : Nous demandons aux bénévoles un minimum de trois heures consécutives par semaine.

ENGAGEMENT

Si vous êtes choisi(e) pour devenir bénévole de la Maison St-Raphaël, vous vous engagez à :

- Participer à toutes les séances de formation
- Effectuer vos heures de bénévolat aux jours et heures prévus, de manière régulière
- Aviser la coordonnatrice de toute absence planifiée

Signature :

Date :

SVP retourner ce formulaire complété, par la poste à l'adresse indiquée ci-dessous ou par courriel à info@maisonstraphael.org.

Merci de votre générosité !