

OFFRE DE SERVICES - BÉNÉVOLES

IDENTIFICATION

Nom : _____

Adresse : _____

Ville _____ Code Postal : _____

Tél. : Rés. _____ cellulaire : _____ Date de naissance : _____

Langue(s) parlée(s) : _____

Courriel : _____

Nom et coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence : _____

TYPE D'OCCUPATION

Emploi actuel : _____

Temps complet : _____ Partiel : _____

Étudiant(e) : _____

Temps complet : _____ Partiel : _____

Retraité(e) : _____

EXPÉRIENCE DE BÉNÉVOLAT

Avez-vous déjà fait du bénévolat ? Oui Non

Si oui au sein de quel organisme ? _____

EXPÉRIENCE DE VIE

Études effectuées : _____

Habilités particulières (musique – peinture – autres) _____

Avez-vous vécu la perte d'un être cher dernièrement ? Oui Non Quand ? _____

Si oui indiquer le lien que vous aviez avec cette personne : _____

*Si vous avez vécu la perte d'un être cher il y a moins de ans, nous vous demandons d'attendre un an avant de faire du bénévolat directement au près des patients

Avez-vous déjà suivi une ou des formations en lien avec l'accompagnement en fin de vie? Oui Non

Si oui, précisez : _____

Pour quelles raisons désirez-vous œuvrer à la Maison La Cinquième Saison ?

TYPES DE BÉNÉVOLAT :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuisine | <input type="checkbox"/> Activité de financement, autre |
| <input type="checkbox"/> Soins aux patients | <input type="checkbox"/> Bingo télévisé |
| <input type="checkbox"/> Musique, chant | <input type="checkbox"/> Bingo en salle |
| <input type="checkbox"/> Massage | <input type="checkbox"/> livraison des cartes de Bingo |
| <input type="checkbox"/> Entretien ménager | <input type="checkbox"/> Collecte de dons dans les salons funéraires |
| <input type="checkbox"/> Entretien extérieur | |
| <input type="checkbox"/> Transport de la lingerie | |
| <input type="checkbox"/> Tâches de bureau | |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour l'Arbre de vie | |
| <input type="checkbox"/> Coiffure, esthétique | |

Quelles sont vos expériences personnelles et/ou professionnelles en lien avec le type de bénévolat que vous souhaitez effectuer.

DISPONIBILITÉ

Indiquer le jour ainsi que la période où vous seriez disponible (quart de travail de 4 heures pour les soins)

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

A quelle fréquence désirez offrir de la disponibilité?

- une fois semaine
- deux fois semaine
- une fois au 2 semaines
- une fois par mois

Avez-vous des limitations physiques qui vous empêcheraient d'exécuter certaines tâches ? Oui Non

Si oui, lesquelles ? _____

Avez-vous des allergies ? Oui Non _____

Faites-vous usage d'alcool ou de drogue sur une base régulière ? _____

Prendre note : Pour les bénévoles aux soins, un jumelage avec la responsable de la formation vous sera proposé. Suite à ce jumelage, si vous souhaitez poursuivre l'expérience, vous serez intégré à l'équipe de bénévoles.

.

Nom : _____ Date _____