



Formulaire d'inscription «bénévole»

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

Nom et prénom : _____ Sexe : F M

Adresse ; _____

Téléphone : Domicile : _____ Cell. : _____ Travail : _____

Courriel : _____ Date de naissance : _____

Langue(s) parlée(s) : Français : _____ Anglais : _____ Autre : _____

Personne à joindre en cas d'urgence :

Nom : _____ Tél. : _____

EXPÉRIENCE DE VIE :

Emploi Actuel : _____ Temps complet Temps partiel

Retraité (e) : Domaine de travail avant votre retraite : _____

Avez-vous vécu un deuil significatif dans la dernière année?

Oui Non Lien : _____ Date : _____

Ave vous déjà fait du bénévolat ? Oui Non Si oui dans quel secteur? _____

SECTEURS D'IMPLICATION

Indiquer vos choix par ordre de préférence.

ACCUEIL : _____

Accueil des visiteurs ou proches des malades, réception

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT : _____

Soutenir la personne en fin de vie et sa famille en offrant présence et écoute, collaborer avec l'équipe interdisciplinaire en prodiguant des soins de confort au patient (bain, mobilisation, aide aux repas, disposer le matériel nécessaire aux différentes tâches)

ALIMENTATION ET ENTRETIEN INTÉRIEUR : _____

Service à la salle à manger et à la cuisine
Service liés à la propreté courante de la maison

ENTRETIEN EXTÉRIEUR : _____

Entretien plates- bandes, tondre le gazon, ramasser les feuilles etc...

CONNEXE À L'ADMINISTRATION : _____

Service d'appoint : secrétariat, comptabilité, lors d'événement spéciaux ou campagne de financement

DISPONIBILITÉ HEBDOMADAIRE

Jour	Avant-midi	Après-midi	soirée
Dimanche			
Lundi			
Mardi			
Mercredi			
Jeudi			
Vendredi			
Samedi			

RÉFÉRENCE :

Indiquez les coordonnées de deux personnes que nous pouvons joindre et qui ne sont pas parentes avec vous.

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

EN VOUS ENGAGEANT COMME BÉNÉVOLE À LA MAISON DES TROIS COLOMBES VOUS ACCEPTEZ DE :

- Suivre la formation Albatros
- De fournir vos antécédents judiciaires
- De signer une entente de confidentialité, qui exige de garder sous silence l'identité des personnes traitées et leurs proches
- De ne pas consommer de boissons alcoolisées ou de drogues lors de votre bénévolat.

J'accepte

Signature _____ Date : _____

Nous vous remercions d'avoir complété cette fiche de renseignements. Nous vous assurons que toutes les informations fournies demeureront confidentielles et feront l'objet d'une attention particulière. Si des informations supplémentaires vous étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

SVP : Faites parvenir votre formulaire complété à Albatros Centre Mauricie (voir coordonnées au verso)

Par la poste à :

Albatros Centre Mauricie
1882 avenue Georges, Shawinigan G9N 2N3

Par courriel : albatroscm@cgocable.ca

En personne : au bureau d'Albatros.
Vérifier les heures d'ouverture au 819-537-1618

Un membre de l'équipe Albatros communiquera avec vous sur réception de votre formulaire.

Merci de votre intérêt et de votre collaboration!