

FORMULAIRE D'OFFRE DE SERVICES BÉNÉVOLES

Pour des occasions de bénévolat près de chez vous, nous vous recommandons d'aller remettre votre formulaire à l'établissement de votre collectivité où vous voulez faire du bénévolat.

M. M^{me} Nom : _____ Prénom: _____

Deuxième prénom : _____ Nom usuel : _____

Adresse : _____ Ville ou village : _____

Code postal : _____ Courriel : _____

Téléphone : domicile _____ travail _____ cell. _____

Je préfère qu'on me téléphone : à domicile au travail meilleur moment pour le cell. : _____

Avez-vous 15 ans ou moins? Oui Non Si oui, veuillez inscrire votre âge : _____

Remarque : Les candidats de 15 ans ou moins doivent remplir un formulaire de sensibilisation d'un adulte responsable.

Études : Les bénévoles **n'ont pas** besoin d'études particulières. Nous accueillons tous les types d'expérience!

Êtes-vous aux études actuellement? Oui Non

Veuillez remplir la section suivante si vous êtes aux études :

Nom de l'école : _____ Année scolaire : _____

Programme d'études : _____ Date prévue de l'obtention du diplôme : _____

Recevrez-vous des crédits pour votre bénévolat? Oui Non

N^{bre} d'heures requises : _____ Avant quelle date? _____

Si vous ne fréquentez pas l'école actuellement, quelle est votre niveau d'éducation?

École secondaire

Université ou collège : (Veuillez préciser le programme d'études ou diplôme obtenu.)

Commerce/Affaires : (Veuillez préciser.) _____

Autre : (Veuillez préciser.) _____

Historique d'emploi :

Je suis actuellement : employé sans emploi à la retraite au foyer étudiant

Nom de l'entreprise ou de l'employeur	Titre du poste occupé	de (M/A)	à (M/A)	Raisons du départ

Bénévolat : Veuillez énumérer les organismes de votre collectivité où vous assumez des responsabilités, y compris les clubs communautaires, les écoles, les organismes religieux, les associations professionnelles, les organismes sans but lucratif, les organisations sportives, etc.

Organisme	Responsabilités	de (M/A)	a (M/A)	Raisons du départ

Avez-vous déjà fait du bénévolat pour cet organisme auparavant? Non Oui Quand?

Y a-t-il un endroit en particulier où vous aimeriez faire du bénévolat? Quel rôle vous intéresse? Décrivez : _____

Cochez les compétences et les expériences que vous avez à offrir :

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> secrétariat, organisation | <input type="checkbox"/> animation | <input type="checkbox"/> formation ou éducation |
| <input type="checkbox"/> soins de santé | <input type="checkbox"/> rédaction | <input type="checkbox"/> manutention des aliments ou restauration |
| <input type="checkbox"/> permis de conduire de classe 5 | <input type="checkbox"/> recherche | <input type="checkbox"/> langues : _____ |
| <input type="checkbox"/> informatique, technologie | <input type="checkbox"/> expérience avec les enfants ou les jeunes | <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____ |
| <input type="checkbox"/> art oratoire | <input type="checkbox"/> expérience avec les personnes âgées | _____ |
| <input type="checkbox"/> levées de fonds | <input type="checkbox"/> loisirs et entraînement | _____ |

Cochez les raisons pour lesquelles vous voulez faire du bénévolat :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Obtention de crédits | <input type="checkbox"/> Améliorer les soins de santé |
| <input type="checkbox"/> Expérience d'emploi | <input type="checkbox"/> Interaction sociale |
| <input type="checkbox"/> Exploration de carrière | <input type="checkbox"/> Amis ou parents bénévoles |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de l'estime de soi | <input type="checkbox"/> Pratiquer l'anglais |
| <input type="checkbox"/> Apprendre de nouvelles compétences | <input type="checkbox"/> Rester actif ou participatif |
| <input type="checkbox"/> Aider les autres | <input type="checkbox"/> Autre (Préciser.) : _____ |

Cochez les endroits où vous avez entendu parler de notre programme :

- médecin
- école
- ami ou parent
- collectivité
- journal
- autre (précisez) : _____
- bénévole
- affiche/brochure/dépliant
- _____
- ancien patient ou bénéficiaire
- Internet
- _____
- employé de l'ORS Santé Sud
- radio
- expérience antérieure de bénévolat
- kiosque de recrutement ou d'information

Disponibilité : Veuillez cocher les périodes de temps où vous seriez prêt ou prête à faire du bénévolat **PENDANT LES 3 PROCHAINS MOIS.**

Veuillez préciser à quelle heure vous pourriez arriver et à quelle heure vous devrez partir.

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Matinée							
Après-midi							
Soirée							

Combien de fois par semaine aimeriez-vous faire du bénévolat?

- 1 quart 2 ou 3 quarts au moins 4 quarts

Aimeriez-vous être bénévole pour un projet ou une activité spéciale? Oui Non

Y a-t-il de moments de l'année où vous n'êtes pas disponible pour du bénévolat? (p. ex., vacances)

Systeme d'information sur la santé

Veuillez énumérer les handicaps intellectuels ou physiques, ou les problèmes de santé qui pourraient vous empêcher de faire certaines choses à titre de bénévole, et dont vous voudriez que nous tenions compte en déterminant votre affectation.

Des vérifications de certains registres et un engagement envers le respect de la Loi sur les renseignements médicaux personnels sont requis avant de pouvoir faire du bénévolat.

Avec qui voulez-vous que nous communiquions en cas d'urgence?

Nom : _____ Téléphone domicile _____

Travail _____

Lien de parenté : _____ cell. _____

Références

Veillez nommer trois personnes qui vous connaissent actuellement, comme des employeurs passés ou présents, des enseignants, des animateurs de groupes de jeunes, des collègues ou un superviseur d'une expérience de bénévolat. Nous N'ACCEPTONS PAS de membres de la famille ni d'amis personnels comme références, à moins qu'ils aient été votre employeur. Nous ACCEPTONS des lettres signées par une personne nommée comme référence, si elle est récente et présentée sur du papier à lettres de l'organisme.

Nom	Organisme	Comment avez-vous connu cette personne?	N° de téléphone	N° de télécopieur
1.				
2.				
3.				

Par la présente, j'autorise Southern Health-Santé Sud à communiquer avec les personnes mentionnées comme références, en vue de vérifier si je conviens à ce type de bénévolat. J'autorise également Southern Health-Santé Sud à conserver ces renseignements, et dégage cet organisme de toute responsabilité en rapport avec le fait d'avoir conservé ces renseignements et de les avoir utilisés à ses fins. DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ : Le service de bénévolat de cet organisme a pour politique de vérifier l'admissibilité de tous les bénévoles potentiels. Nous nous efforçons d'offrir un poste bénévole à tous les candidats potentiels, mais la direction se réserve le droit de refuser la candidature d'une personne qui ne respecte pas nos exigences ou nos critères au regard du bénévolat.

Signature du candidat ou de la candidate _____ date _____

****Important****

Veillez présenter votre formulaire d'offre de services bénévoles directement à l'établissement de santé où vous voulez offrir ces services.