

SERVICE DES RESSOURCES BÉNÉVOLES

Formulaire d'inscription

IDENTIFICATION

Prénom : _____ Nom : _____ F : M :

Date de naissance: _____ Courriel : _____
Année Mois Jour

Adresse : _____
Ville : _____ Province : _____ Code Postal : _____
N° tél. Maison : _____ N° tél. Bureau : _____
N° tél. Cellulaire : _____

EN CAS D'URGENCE

Nom : _____ Lien : _____
N° tél. Maison : _____ N° tél. Bureau : _____
N° tél. Cellulaire : _____

ÉTUDIANT BÉNÉVOLE

Institution scolaire fréquentée : _____ Niveau : _____

LA SIGNATURE D'UN PARENT OU TITULAIRE EST OBLIGATOIRE LORSQUE LE BÉNÉVOLE A MOINS DE 18 ANS

J'autorise _____ à faire du bénévolat au CISSS de l'Outaouais.
Signature du parent/titulaire : _____ Date : _____
 Un carnet d'heures obligatoires sera à compléter

COMPÉTENCES, EXPÉRIENCES, APTITUDES, FORMATIONS OU PASSIONS PARTICULIÈRES :

RESTRICTIONS PHYSIQUES :

DISPONIBILITÉS

	AM	PM	Soirée		
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milieu hospitalier	Lequel : _____
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Milieu d'hébergement	Lequel : _____
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre milieu	Lequel : _____
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ne sait pas, à déterminer	Commentaires : _____
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____
Dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____

PRÉFÉRENCES/CENTRES D'INTÉRÊT

<input type="checkbox"/> Accueil et orientation des usagers	<input type="checkbox"/> Assistance à l'activité du repas	<input type="checkbox"/> Soutien en oncologie
<input type="checkbox"/> Activités musicales	<input type="checkbox"/> Bénévole de marche	<input type="checkbox"/> Soutien en soins palliatifs
<input type="checkbox"/> Activités de soins spirituels	<input type="checkbox"/> Distribution de jus et de café	<input type="checkbox"/> Soutien à la vaccination (automne)
<input type="checkbox"/> Animation-loisirs	<input type="checkbox"/> Jumelage à une personne vulnérable	<input type="checkbox"/> Transport d'usagers
<input type="checkbox"/> Animation de groupes d'entraide	<input type="checkbox"/> Préposé à la boutique cadeaux	<input type="checkbox"/> Visites amicales
<input type="checkbox"/> Partenariat avec l'organisation	<input type="checkbox"/> Autres (précisez) : _____	

OÙ AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE NOUS?

Présentoir Autre employé / bénévole Sollicitation directe Publicité(Précisez) : _____

Un proche a reçu des services au CISSS de l'Outaouais Autre : _____

EN COCHANT LA PRÉSENTE CASE, JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CE FORMULAIRE SONT EXACTS ET COMPLETS.

Signature : _____ Date : _____

*Nous vous remercions de votre intérêt à faire partie de notre équipe de bénévoles. Tous les renseignements fournis demeureront confidentiels.
Veuillez retourner le formulaire complété au bureau du milieu auquel vous désirez vous joindre.
Nous nous engageons à communiquer avec vous le plus rapidement possible.*

Milieu Hospitalier
Service de bénévolat en milieu hospitalier
909, boulevard La Vérendrye
Gatineau (Québec) J8P 7H2
07_csssg_hopitaux_benevolat@ssss.gouv.qc.ca

Milieu d'hébergement et autres milieux
Service de bénévolat en hébergement
273, rue Laurier
Gatineau (Québec) J8X 3W8
07_cisso_hebergement_benevolat@ssss.gouv.qc.ca