

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

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Après-midi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soirée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PRÉFÉRENCES/CENTRES D'INTÉRÊT

MILIEU HOSPITALIER

- Accueil et orientation des usagers
- Activités de soins spirituels
- Activités de tricot
- Distribution de jus et de café
- Préposé à la boutique cadeaux
- Soutien en oncologie
- Soutien en soins palliatifs
- Visites amicales

MILIEU HEBERGEMENT

- Activités de loisirs
- Activités de soins spirituels
- Animation / assistance lors des repas
- Bénévole de marche
- Jumelage à une personne vulnérable
- Préposé au dépanneur

AUTRES MILIEUX

- Transport des usagers
- Partenariat avec l'organisation
- Soutien lors des cliniques de vaccination (automne)

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_cisso_hopitaux_benevolat@ssss.gouv.qc.ca

- Hôpital de Gatineau
- Hôpital de Hull
- Hôpital de Papineau

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

- CHSLD Lionel-Émond
- CHSLD La Pietà
- CHSLD Ernest-Brisson
- CHSLD d'Aylmer
- Centre d'accueil du Pontiac
- Manoir Sacré-Cœur
- CHVL
- Centre d'hébergement Petite-Nation
- CHSLD Des Collines