

**Annexe B : Demande de bénévolat**

**A. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue
Ville
Code postal

Téléphone : Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_ Téléc. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Personne avec qui communiquer en cas d'urgence : (nom et numéro) : \_\_\_\_\_

Langues parlées : \_\_\_\_\_

Besoins particuliers : \_\_\_\_\_

**B. CHAMPS D'INTÉRÊT ET DISPONIBILITÉ**

**1. Cochez les domaines qui vous intéressent.**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Conseil consultatif communautaire  | <input type="checkbox"/> Autre                    | <input type="checkbox"/> Intervention dans la rue |
| <input type="checkbox"/> Travail de bureau/saisie de données  | <input type="checkbox"/> Événements spéciaux      |   |
| <input type="checkbox"/> Soutien au programme WrapAround pour personnes âgées                           | <input type="checkbox"/> Women of the World       |   |
| <input type="checkbox"/> Soutien en matière de sondages   | <input type="checkbox"/> NELCE                    |   |
| <input type="checkbox"/> Conseil d'activités d'intervention en santé (Health Outreach Activity Council) | <input type="checkbox"/> Ambassadeur de programme |   |

**2. Indiquez vos heures de disponibilité.**

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Avant-midi							
Après-midi							
Soirée							

**3. Combien d'heures de bénévolat pouvez-vous consacrer par semaine \_\_\_\_\_ par mois \_\_\_\_\_ ?**

**C. EXPÉRIENCE/COMPÉTENCES/SCOLARITÉ**

1. Expérience de bénévolat antérieure ou actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. Expérience de travail antérieure ou actuelle : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Compétences particulières, passe-temps, affiliations, groupes d'intérêt ou activités : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Scolarité : \_\_\_\_\_

**D. MOTIVATION/OBJECTIFS**

1. Où avez-vous entendu parler des possibilités de bénévolat au Centre de santé? \_\_\_\_\_
2. Pourquoi voulez-vous faire du bénévolat au Centre de santé? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. Qu'est-ce que vous espérez retirer de votre expérience de bénévolat au Centre de santé? \_\_\_\_\_

**E. LIEN AVEC LE Centre de santé**

Est-ce que vous recevez des services cliniques ou est-ce que vous participez à des programmes du Centre de santé?  
Expliquez : \_\_\_\_\_

**F. RÉFÉRENCES**

Fournissez le nom de trois personnes, autres que des membres de votre famille, qui vous connaissent bien. Si vous venez d'arriver au Canada, un agent d'intégration des immigrants ou un membre de la communauté pourrait vous servir de référence.

Nom	Adresse	Tél.	Lien avec le candidat/la candidate

Nous utiliserons ces renseignements conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques*

Je, \_\_\_\_\_, donne la permission au Centre de santé intercommunautaire de London de communiquer avec les personnes nommées ci-dessus.

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date