

**OFFRE DE SERVICES - BÉNÉVOLES****IDENTIFICATION**

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

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Tél. : Rés. \_\_\_\_\_ cellulaire : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées d'une personne à contacter en cas d'urgence : \_\_\_\_\_

**TYPE D'OCCUPATION**

Emploi actuel : \_\_\_\_\_

Temps complet : \_\_\_\_\_ Partiel : \_\_\_\_\_

Étudiant(e) : \_\_\_\_\_

Temps complet : \_\_\_\_\_ Partiel : \_\_\_\_\_

Retraité(e) \_\_\_\_\_

**EXPÉRIENCE DE BÉNÉVOLAT**Avez-vous déjà fait du bénévolat ?    Oui     Non 

Si oui au sein de quel organisme ? \_\_\_\_\_

**EXPÉRIENCE DE VIE**

Études effectuées : \_\_\_\_\_

Habilités particulières (musique – peinture – autres) \_\_\_\_\_

Avez-vous vécu la perte d'un être cher dernièrement ? Oui  Non  Quand ? \_\_\_\_\_

Si oui indiquer le lien que vous aviez avec cette personne : \_\_\_\_\_

\*Si vous avez vécu la perte d'un être cher il y a moins de ans, nous vous demandons d'attendre un an avant de faire du bénévolat directement au près des patients

Avez-vous déjà suivi une ou des formations en lien avec l'accompagnement en fin de vie? Oui  Non 

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Pour quelles raisons désirez-vous œuvrer à la Maison La Cinquième Saison ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## **TYPES DE BÉNÉVOLAT :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuisine                       | <input type="checkbox"/> Activité de financement, autre              |
| <input type="checkbox"/> Soins aux patients            | <input type="checkbox"/> Bingo télévisé                              |
| <input type="checkbox"/> Musique, chant                | <input type="checkbox"/> Bingo en salle                              |
| <input type="checkbox"/> Massage                       | <input type="checkbox"/> livraison des cartes de Bingo               |
| <input type="checkbox"/> Entretien ménager             | <input type="checkbox"/> Collecte de dons dans les salons funéraires |
| <input type="checkbox"/> Entretien extérieur           |  |
| <input type="checkbox"/> Transport de la linge         |  |
| <input type="checkbox"/> Tâches de bureau              |  |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour l'Arbre de vie |  |
| <input type="checkbox"/> Coiffure, esthétique          |  |

Quelles sont vos expériences personnelles et/ou professionnelles en lien avec le type de bénévolat que vous souhaitez effectuer.

---

---

## **DISPONIBILITÉ**

Indiquer le jour ainsi que la période où vous seriez disponible (quart de travail de 4 heures pour les soins)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							
Soir							

A quelle fréquence désirez offrir de la disponibilité?

- une fois semaine
- deux fois semaine
- une fois au 2 semaines
- une fois par mois

Avez-vous des limitations physiques qui vous empêcheraient d'exécuter certaines tâches ? Oui  Non   
Si oui, lesquelles ? \_\_\_\_\_

Avez-vous des allergies ? Oui  Non  \_\_\_\_\_

Faites-vous usage d'alcool ou de drogue sur une base régulière ? \_\_\_\_\_

**Prendre note : Pour les bénévoles aux soins, un jumelage avec la responsable de la formation vous sera proposé. Suite à ce jumelage, si vous souhaitez poursuivre l'expérience, vous serez intégré à l'équipe de bénévoles.**

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