

Nom complet		
Adresse (y compris le code postal)		
Téléphone		
Courriel		
Personne à contacter en cas d'urgence		
Téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence		
Compétences et intérêts		
Scolarité		
Emploi actuel		
Passe-temps, aptitudes, intérêts		
Expériences de bénévolat		
Préférences		
Quels types de travail bénévole vous intéresse? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.		
<input type="checkbox"/> Assister le personnel dans l'offre des programmes	<input type="checkbox"/> Accompagner les groupes lors des sorties	
<input type="checkbox"/> Travailler dans la boutique de l'établissement	<input type="checkbox"/> Faire de l'accompagnement individuel auprès de résidents	
<input type="checkbox"/> Offrir son aide lors de quelques activités spéciales	<input type="checkbox"/> Aucune préférence	
<input type="checkbox"/> Autres : _____		
Souhaitez-vous intervenir auprès d'une clientèle particulière? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.		
<input type="checkbox"/> Personnes âgées	<input type="checkbox"/> Aînés autochtones	<input type="checkbox"/> Personnes atteintes de démence
<input type="checkbox"/> Enfants	<input type="checkbox"/> Jeunes adultes	<input type="checkbox"/> Adultes
<input type="checkbox"/> Hommes	<input type="checkbox"/> Femmes	<input type="checkbox"/> Aucune préférence
Seriez-vous mal à l'aise de faire du bénévolat auprès de certaines clientèles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Si oui, commentez : _____		

Disponibilité

À quels moments de la journée et de la semaine êtes-vous le mieux disposé à faire du bénévolat?

- Aucune préférence Les jours de semaine Le soir
 Les week-ends Le jour Autres : _____

Limitations

Avez-vous des limitations physiques ou suivez-vous un traitement qui pourrait vous empêcher d'effectuer certaines tâches de bénévolat? Oui Non

Si oui, veuillez préciser : _____

Autorisation de vérification d'antécédents

J'autorise les Services bénévoles des Soins prolongés du Yukon à vérifier mes antécédents auprès des deux références nommées ci-dessous.

Je comprends que la collecte d'information réalisée dans le cadre de cette vérification se limite aux renseignements qui sont requis pour déterminer si mon profil correspond à celui des bénévoles recherchés et que les données recueillies demeureront confidentielles.

J'autorise également les personnes ou les organismes en référence, à s'exprimer librement et en toute sincérité sur mes compétences à titre de bénévole et à fournir tout autre renseignement qu'ils jugent approprié.

Signature : _____ Date : AAAA/MM/JJ

Références : Veuillez fournir deux références (professionnelles, scolaires ou personnelles) que nous pouvons contacter. Les personnes doivent vous connaître depuis au moins 1 an. Il est possible que d'autres références vous soient demandées.

Nom : _____ Téléphone : _____

Nom : _____ Téléphone : _____

Autorisation de diffusion d'image

Consentez-vous à ce que l'on diffuse, à des fins de reconnaissance ou de promotion, des photos, vidéos ou autres images dans lesquelles vous pourriez figurer. Oui Non

Nom (en lettres détachées) : _____

Signature : _____ Date : AAAA/MM/JJ

Signature du parent/tuteur : _____ Date : AAAA/MM/JJ
(si le candidat a moins de 18 ans)

Au besoin, tous les renseignements fournis dans le présent formulaire peuvent être communiqués au personnel des Soins prolongés.

Signature : _____ Date : AAAA/MM/JJ