



## OFFRE DE SERVICES BÉNÉVOLES

### 1. IDENTIFICATION

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe : F  M

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Téléphone pour vous rejoindre : \_\_\_\_\_

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

Langue maternelle : \_\_\_\_\_ Autres langues : \_\_\_\_\_

Passe-temps, intérêts, compétences que vous aimeriez mettre à l'œuvre dans votre activité  
bénévole: \_\_\_\_\_

Moyen de transport :  voiture  transport en commun

### 2. EXPÉRIENCE

Occupation actuelle \_\_\_\_\_

Expérience de travail \_\_\_\_\_

Études effectuées \_\_\_\_\_

Avez-vous déjà fait du bénévolat ?  oui  non

Organisme : \_\_\_\_\_

Clientèle : \_\_\_\_\_

Tâches : \_\_\_\_\_

Avez-vous vécu une expérience d'accompagnement auprès des malades au cours des dernières  
années ?  oui  non

Qui était la personne malade par rapport à vous ? \_\_\_\_\_

Quel était votre rôle auprès d'elle ? \_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous aujourd'hui en lien avec cette expérience ? \_\_\_\_\_

Avez-vous vécu une expérience de deuil au cours des dernières années ?  oui  non

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

Qui était la personne décédée par rapport à vous ? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous réagi ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment vous sentez-vous aujourd'hui en lien avec cet événement ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pensez-vous à d'autres expériences pertinentes ?

Précisez : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 3. FORMATION

Avez-vous déjà suivi un cours concernant l'écoute, l'approche aux malades, la mort, le deuil ou tout autre sujet en rapport avec l'accompagnement?  oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous reçu d'autres formations pertinentes ?  oui  non

Si oui, précisez \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Êtes-vous disposé à suivre de la formation gratuite ?  oui  non

Quel type de formation aimeriez-vous avoir et sur quels thèmes ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 4. PRÉFÉRENCES DANS LE DOMAINE DU TRAVAIL BÉNÉVOLE

- Contact direct avec la clientèle       un à un     en groupe
- Aider de façon générale au travail de bureau
- Supporter certaines activités de formation
- Assister à la promotion (kiosques, allocutions, sensibilisation)
- Projets de groupe
- Événements spéciaux/activités de financement
- Autre \_\_\_\_\_

#### 5. LES TYPES DE BÉNÉVOLAT

Pour quel(s) type(s) de bénévolat avez-vous de l'intérêt ?

	OUI	NON
<b>Accompagnement-transport</b> Nos bénévoles accompagnent la personne à son traitement ou à sa visite médicale. Ils vont la chercher avec leur voiture, l'accompagnent à son rendez-vous puis la reconduisent à son domicile.  Si oui, accepteriez-vous de faire des accompagnements-transport jusqu'à Montréal ?	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>
<b>Répit à famille / Présence-surveillance</b> Les bénévoles accompagnent une personne atteinte de cancer pouvant difficilement rester seule à la maison. Le bénévole demeure auprès du malade et prend la relève du proche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Visite amicale</b> Un bénévole, jumelé à une personne atteinte de cancer, lui rend une visite hebdomadaire. L'objectif est de l'aider à briser la solitude et de lui permettre d'avoir quelqu'un avec qui partager du temps ou des sorties.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6. MOTIVATION

Depuis quand pensez-vous faire à ce type de bénévolat ? \_\_\_\_\_

Comment avez-vous pris connaissance de notre organisme ? \_\_\_\_\_

Quelles sont vos motivations à faire du bénévolat auprès de personnes atteintes de cancer?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quelles sont vos forces et vos qualités pour ce type de bénévolat ?

---

---

## 7. DISPONIBILITÉS

Indiquez vos périodes de disponibilité dans les cases appropriées.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
En avant-midi							
En après-midi							
En soirée							

## 8. CONTRAINTES

Avez-vous des contraintes ?

animaux     fumeurs     allergies : \_\_\_\_\_

autres : \_\_\_\_\_

## 9. RÉFÉRENCES

Indiquez les coordonnées de deux personnes que nous pouvons joindre pour références et qui n'ont pas de lien de parenté avec vous.

	1 <sup>re</sup> référence	2 <sup>e</sup> référence
Nom		
Lien avec vous		
Téléphone		

### Qui doit-on contacter en cas d'urgence ?

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

Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : Résidence (    ) \_\_\_\_\_ Travail (    ) \_\_\_\_\_

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

*Note : Nous travaillons en collaboration avec le Service de police afin de protéger notre clientèle. Tous les nouveaux bénévoles sont soumis à leur processus de filtrage.*