

Offre de services – Bénévoles Formulaire d'inscription

Nom :	Prénom :
Adresse :	
Numéro de téléphone :	Courriel :

Veillez indiquer le programme de bénévolat qui vous intéresse :

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|---|--------------------------|
| Programme d'exercice | <input type="checkbox"/> | Clinique de vaccination | <input type="checkbox"/> | Groupe de soutien aux personnes diabétiques | <input type="checkbox"/> |
| Programme de la Boîte verte (distribution de fruits et légumes) | <input type="checkbox"/> | Groupe de soutien aux personnes atteintes de Parkinson | <input type="checkbox"/> | Groupe de soutien aux proches aidants | <input type="checkbox"/> |
| Club de tricot/jeux de cartes/sacs de sable | <input type="checkbox"/> | Escouade culinaire | <input type="checkbox"/> | Club de badminton | <input type="checkbox"/> |
| Club de marche | <input type="checkbox"/> | Travail de bureau | <input type="checkbox"/> | Autre : _____ | |

Êtes-vous disponible sur une base régulière ? Oui Non **Spécifiez :** _____

Quelles sont vos disponibilités ? :

JOURNÉE	Avant-midi	Après-midi	Soir (après 16 h 30)
Lundi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mardi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mercredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeudi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vendredi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samedi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dimanche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

À quel moment pourriez-vous commencé le travail de bénévole : _____

Dans quel domaine avez-vous de l'expérience de travail ? _____

Êtes-vous disposé à fournir une preuve d'absence d'antécédents judiciaires ?

Cette preuve doit être datée d'au plus 6 mois. Ce document est une exigence du bailleur de fonds du CSCE.

Oui Non

Veillez indiquer le nom de deux références, si possible, au moins un employeur :

Nom : _____

Lien : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Lien : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Veillez indiquer le nom de deux personnes à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____

Téléphone : _____

Nom : _____

Téléphone : _____

Le CSCE vise à fournir un accès aux soins de santé à la population francophone de l'est de l'Ontario. De ce fait, la langue de travail au CSCE est le français.

Consentez-vous à travailler principalement en français?

Oui Non