



FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Écrire bien lisiblement

PHOTO

Svp encercler:

M. Mme
Mlle Dr.

Nom de famille :

Prénom :

Tél. maison:

Tél. travail:

Cellulaire # :

Télécopieur

Adresse électronique:

Adresse:

Ville

Province

Code Postal

Nom de la personne à contacter en cas d'urgence :

Lien :

Tél. maison

Tél. travail/cellulaire :

Svp encercler votre groupe d'âge

17-25 26-40 41-60 60+

Date de naissance
jour/ mois/ année

____/____/____

Niveau d'éducation complété:/Nom de l'institution :

Secondaire

CEGEP/Collège

Université

Diplômes obtenus/autres accréditations professionnelles: /Nom de l'institution :

Occupation/Employeur

Langues _____ Couramment Limité

Langues _____ Couramment Limité

Langues _____ Couramment Limité

Langues _____ Couramment Limité

L'Hôpital de Montréal pour enfants Action Bénévoles
C-537 Tel: (514) 412-4400 local 22044 (Fax: 412-4250)
Email: Rose.Giunti@muhc.mcgill.ca
2300 Tupper, Montréal H3H1P3

SVP listez vos talents, habiletés et cours que vous avez suivi (ex. informatique, enseignement, premiers soins, thérapie par l'art et par la musique.)

Votre expérience antérieure en tant que bénévole (Nom de l'organisation) durée :

Listez vos expériences en tant que parent, grands-parents, et/ou expériences de travail auprès des enfants (indiquez le group d'âge)

Listez toute autre expérience ou habiletés qui concernent vos intérêts en tant que bénévole.

Avez-vous eu des contacts antérieurs avec l'Hôpital de Montréal pour enfants? (SVP expliquer) Qu'est-ce qui vous motive à faire du bénévolat à l'HME?

Parlez-nous de vous. (vos intérêts, loisirs, etc.):

SVP indiquez votre choix de programme (1,2,3 par ordre de préférence)

1. _____ 2. _____
3. _____

SVP indiquez vos disponibilités

Jours de la semaine

Soirs

Fin de semaine

Autres commentaires :

Référence personnelle Nom : _____

Téléphone à domicile : _____ **Téléphone au travail :** _____

Lien avec cette personne : _____

Pour être bénévole à l'HME je comprends que je dois :

- 1) Avoir au moins 17 ans (18+ pour les unités de soins)
- 2) Consentir à une contribution de 3 heures par semaine pour 6 mois
- 3) Produire une lettre de recommandation (voir feuille rose)
- 4) Consentir à la vérification des antécédents judiciaires par la police

Signature: _____ **Date:** _____