|  |
| --- |
| **COORDONNÉES** |
| **Nom : Date de la demande :** |
| **Adresse du domicile :** |
| **Ville : Province : Code postal :** |
| **Numéro de téléphone principal : Autre numéro de téléphone :** |
| **Courriel :** |
| **Personne avec qui communiquer en cas d’urgence : Tél. :** |

***Parlez-nous de vous***

Où avez-vous entendu parler des possibilités de bénévolat à l’ACSM Waterloo-Wellington-Dufferin?

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

Qu’est-ce qui vous incite à faire du bénévolat à l’ACSM Waterloo-Wellington-Dufferin?

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

Dressez la liste de vos expériences d’emploi ou de bénévolat liées à ce rôle.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DE L’ORGANISATION** | **TITRE DU POSTE** | **DATES** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Décrivez toute expérience pertinente (études, bénévolat, pratique ou vécu) en matière de services de santé mentale ou de toxicomanie ou de services aux personnes ayant un trouble du développement. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels sont vos aptitudes particulières, vos passe-temps ou intérêts? Parlez-vous d’autres langues?

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

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

Avez-vous déjà fait du bénévolat à l’ACSM? Oui [ ]  Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Non [ ]

Lieu/programme : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Avez-vous un permis de conduire valide? Oui [ ]  Non [ ]  Avez-vous accès à un véhicule? Oui [ ]  Non [ ]

|  |
| --- |
| ***Dites-nous ce que vous voulez faire?*** Quels sont les postes bénévoles qui vous intéressent?  |
| [ ]  Programme Friends [ ]  Soutien individuel [ ]  Conducteur bénévole [ ]  Garde d’enfants [ ]  Beautiful Minds  | [ ]  Centre de crise de Kitchener-Waterloo [ ]  Groupe de soutien [ ]  Soutien par les pairs [ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Quels sont les domaines de service qui vous intéressent? (cochez tous les domaines qui s’appliquent) |
| [ ]  Services à l’enfance [ ]  Services aux personnes âgées [ ]  Santé mentale [ ]  Aucune préférence  | [ ]  Services aux adultes [ ]  Familles [ ]  Services aux personnes ayant un trouble du développement [ ]  Autre : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Indiquez les moments où vous pouvez faire du bénévolat.  |
| [ ]  Avant-midi[ ]  Soirée | [ ]  Après-midi[ ]  Fin de semaine | [ ]  Semaine[ ]  N’importe quand |

Combien d’heures par semaine pouvez-vous consacrer à ce poste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Combien de mois ou d’années pouvez-vous consacrer à ce poste? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

J’atteste que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets.

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

*Les renseignements recueillis dans ce formulaire ne serviront qu’au recrutement.*

*Toutes les candidatures feront l’objet d’un examen impartial de l’aptitude à faire du bénévolat sans égard à la race, aux croyances, à la couleur, à l’origine nationale, à la descendance, à la citoyenneté, à l’âge, au sexe, à l’orientation sexuelle, au lieu d’origine, à la situation de famille ou au handicap, et ce, conformément à la Charte des droits et libertés et au Code des droits de la personne de l’Ontario.*

|  |
| --- |
| **Références** |
| **Veuillez fournir les renseignements ci-dessous à l’égard de deux ou trois personnes qui peuvent vous servir de référence. S’il y a lieu, assurez-vous d’inclure au moins un superviseur passé ou actuel (employeur ou responsable du bénévolat).**  |

|  |
| --- |
| **Nom :**  |
| Tél. principal : Autre tél. : |
| Courriel : |
| Lien avec vous :  |

|  |
| --- |
| **Nom** :  |
| Tél. principal : Autre tél. : |
| Courriel : |
| Lien avec vous :  |

|  |
| --- |
| **Nom :**  |
| Tél. principal : Autre tél. : |
| Courriel : |
| Lien avec vous : |

**Je permets à l’ACSM** **Waterloo-Wellington-Dufferin de communiquer avec les personnes susmentionnées en mon nom.**

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