



FORMULAIRE D'OFFRE DE SERVICE DE BÉNÉVOLAT

Veuillez remplir le formulaire suivant si vous désirez offrir vos services en tant que bénévole à l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec - Université Laval.

Les champs obligatoires sont marqués d'une étoile ("*").

1. DATE D'APPLICATION	
-----------------------	--

2. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS				
Nom*		Prénom*		
Date de naissance*		Sexe*	Féminin	Masculin
Langue*		Autre, préciser		
Adresse*				
Ville*		Code postal*	Région de provenance*	
Téléphone domicile		Cellulaire*		
Occupation actuelle*		Travailleur	Retraité	Étudiant
Niveau de scolarité*		Secondaire	Professionnel	Collégial
Champs d'étude*		Universitaire		
Emploi actuel ou antérieur (si pertinent)				

3. PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE	
Nom*	Prénom*
Lien*	Téléphone*

4. EXPÉRIENCE DE BÉNÉVOLAT
Avez-vous fait du bénévolat?*
Oui
Non
Durée de l'engagement*
Nom de l'organisme*
Responsabilités*
Autres informations pertinentes

5. RÉFÉRENCES	
Référence 1.*	
Nom*	Prénom*
Lien*	Téléphone*
Référence 2.*	
Nom*	Prénom*
Lien*	Téléphone*

6. INTÉRÊTS PARMI NOS SECTEURS D'ACTIVITÉS
Vous pouvez cocher plusieurs choix.
Quels sont vos champs d'intérêt de bénévolat?*
Accueil en chirurgie cardiaque : accueil, support et informations aux familles des usagers devant subir une chirurgie cardiaque
Occasionnel : Accompagnement hors Institut : accompagner l'usager aller-retour dans d'autres hôpitaux pour des soins ou des examens qui ne sont pas dispensés à l'Institut
À venir : Écoute-soutien : écoute et réconfort auprès des usagers sur les unités de soins
Occasionnel : Gestion des vêtements du vestiaire (propreté-saison-grandeurs)
Orientation dans l'établissement : aider les usagers à s'orienter à des endroits stratégiques dans l'établissement (entrées, tunnel, 4 chemins, ascenseur)
Accompagnement dans l'établissement : accompagner des usagers dans l'établissement (mobilité réduite, difficulté à s'orienter, etc.)

7. DISPONIBILITÉ	
Veuillez cocher toutes vos périodes de disponibilité.	
Quelles sont vos disponibilités?	
Lundi matin	Lundi après-midi
Mardi matin	Mardi après-midi
Mercredi matin	Mercredi après-midi
Jeudi matin	Jeudi après-midi
Vendredi matin	Vendredi après-midi
À chaque semaine, vous désirez vous investir comme bénévole : *	
3 heures (<i>minimum requis</i>)	6 heures
Plus de 6 heures	
Durée souhaitée de l'engagement bénévole (<i>durée minimale de 3 mois</i>) : *	

8. RESTRICTION MÉDICALE ET PHYSIQUE

Veillez décrire toute restriction médicale ou physique qui pourrait limiter votre habileté à remplir certaines fonctions et que vous aimeriez que nous prenions en considération au moment de déterminer votre secteur d'intervention bénévole :

9. AUTORISATIONS

J'autorise le responsable des bénévoles de l'Institut à contacter les personnes de référence et à procéder à la vérification de mes antécédents judiciaires *

Oui

Non

10. AUTRES INFORMATIONS

Un dépôt de 20 \$ est à prévoir pour l'obtention d'une carte pour accéder à l'Institut. Ce dépôt vous sera remis lorsque votre contribution à l'Institut se terminera

Merci de bien vouloir retourner ce formulaire à l'adresse suivante : benevolat.iucpq@ssss.gouv.qc.ca