

**ASSOCIATION LAVALLOISE DE PARENTS ET AMIS POUR LE BIEN-ÊTRE MENTAL**

1772, Boul. des Laurentides, Vimont, Laval (Québec) H7M 2P6

Tél. 450.688.0541 / téléc. : 450.688.7061 www.alpabem.qc.ca / info@alpabem.qc.ca**FICHE D'INSCRIPTION POUR BÉNÉVOLE**

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE		APPARTEMENT	
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE	CELLULAIRE OU AUTRE	ADRESSE COURRIEL	
DATE DE NAISSANCE ____ / ____ / ____ J J M M A A		SEXE	H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
		LANGUE PARLÉE	Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> _____

PERSONNE RESSOURCE POUR URGENCE

NOM		PRÉNOM	
TÉLÉPHONE ()	CELLULAIRE OU AUTRE ()	LIEN	

ÉTUDES COMPLÉTÉES

Secondaire <input type="checkbox"/>	Cegep <input type="checkbox"/>	Université <input type="checkbox"/>
Autre(s) <input type="checkbox"/>	Précisez: _____	

OCCUPATION

Type d'emploi actuel:	Temps plein <input type="checkbox"/>	Temps partiel <input type="checkbox"/>
Retraité <input type="checkbox"/>	Domaine de travail avant votre retraite: _____	
Étudiant <input type="checkbox"/>	Champs d'études: _____	
Autre(s) <input type="checkbox"/>	Précisez: _____	

EXPÉRIENCE DE BÉNÉVOLAT

Avez-vous déjà fait du bénévolat?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, au sein de quel(s) organisme(s) ? _____		
Quel était votre rôle ? _____		

EXPÉRIENCES PERSONNELLES

Avez-vous un proche souffrant de maladie mentale?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquez quel lien vous avez avec cette personne: _____		
Avez-vous déjà suivi une formation sur les maladies mentales? _____		
Si oui, spécifiez: _____		

DISPONIBILITÉS

Indiquez le jour ainsi que la période où vous seriez disponible:

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
AM							
PM							
Soir							

D'où vous vient votre motivation à vous impliquer comme bénévole à l'ALPABEM ?

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Quel champ d'activités bénévoles vous intéresse davantage ?

Note: Vous pouvez indiquer un ou plusieurs champs selon vos intérêts.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conseil d'administration | <input type="checkbox"/> Pair aidant |
| <input type="checkbox"/> Réception et appels téléphonique | <input type="checkbox"/> Coanimation formation ou témoignage |
| <input type="checkbox"/> Secrétariat | <input type="checkbox"/> Demandes ponctuelles |
| <input type="checkbox"/> Aide aux conférences | <input type="checkbox"/> Ressources professionnelles |
| <input type="checkbox"/> Comité organisateur activités de répit | <input type="checkbox"/> Autre Spécifiez: |
| <input type="checkbox"/> Représentation et kiosques | |

RÉFÉRENCES

Nom:

Organisme ou lien:

Tél.

Nom:

Organisme ou lien:

Tél.

Nom:

Organisme ou lien:

Tél.

Nous vous remercions d'avoir complété cette fiche de renseignements. Nous pouvons vous assurer que toutes les informations fournies demeureront confidentielles et feront l'objet d'une attention particulière.

Si des informations supplémentaires vous étaient nécessaires, n'hésitez pas à communiquer avec nous.

La présente signature nous autorise à prendre des références selon les renseignements que vous nous avez fournis ainsi qu'à vérifier vos antécédants judiciaires.

Signature: _____

Date: _____