



Association des personnes handicapées D'Au-tray sud

588 rue Montcalm, Suite 213, Berthierville J0K 1A0

Tél : 450-836-6877

www.aphautraysud.org

Les informations contenues dans ce formulaire sont demandées à titre indicatif et uniquement dans le but de posséder une description des besoins spécifique, de façon à assurer des services qui soient personnalisés et sécuritaires. Ces informations seront traitées de façon confidentielle par l'APHAS et ses représentants.

Identification du bénévole

Prénom : _____

Date de naissance: ___ / ___ / ___

Nom de famille : _____

Sexe F M

Adresse complète : _____

Téléphone : _____

Cellulaire: _____

Courriel : _____

Occupation actuelle : _____

Avez-vous déjà fait du bénévolat? oui non

Si oui, en quoi consistait votre rôle de bénévole?

Association des personnes handicapées D'Autray sud

Expérience pertinentes

Champs d'intérêts

Quelles sont tes motivations à devenir bénévole?

Pour le plaisir

Temps libres à combler

Se sentir utile

C'est stimulant

Aider les autres

Autres _____

Quelles types d'activités aimes-tu pratiquer?

Exemple : cuisine, bricolage, aide à la nourriture, accompagnement etc.

Association des personnes handicapées D'Autray sud

Disponibilités

	Dimanche	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
AM							
PM							
Soirée							

État de santé

Avez-vous des antécédents médicaux qui pourraient vous limiter dans vos accompagnements?

Oui Non

•Diagnostics connus : _____

•Êtes-vous propice à faire des crises d'épilepsie?

Oui Non

•Votre santé vous permet-elle de faire toutes les activités? Oui Non

Sinon Veuillez l'expliquer : _____

Association des personnes handicapées D'Autray sud

État de santé (suite)

•Allergie connue (médicament, alimentaire ou autre...) : _____

Description de la réaction : _____

Traitement (S'il y a lieu) : _____

Voir :

Des deux yeux

D'un œil (gauche ou droit) Porte une prothèse Daltonien

Entendre

Des deux oreilles D'une oreille (gauche ou droite) Porte une prothèse

En cas d'urgence Donnez le nom et numéro de téléphone de 2 personnes pouvant être rejoint en tout temps.

1.Nom : _____ Tél: _____

Lien : _____

2.Nom : _____ Tél. : _____

Lien : _____

Autorisation

Photo

J'autorise la prise et l'éventuelle publication de photos ainsi que toutes diffusions d'images sur le site WEB de l'APHAS et dans les journaux locaux pour offrir une visibilité sur les activités et les ressources de l'association.

Oui

Non

En vous engageant comme bénévole à l'association des personnes handicapées D'Autray sud (APHAS) vous acceptez ;

- La vérification d'antécédents judiciaires si nécessaire
- Respecter la politique et le code de vie de l'APHAS

J'ai bien pris connaissance du carnet du bénévole d'APHAS et je m'engage à respecter les règles de l'organisme ainsi que sa mission.

J'accepte de devenir un bénévole membre de l'APHAS

Signature

Date

Date de l'entrée dans l'organisme (APHAS) : _____

Date du départ de l'organisme (APHAS) : _____

Signature (responsable des bénévoles): _____