

---

# Formulaire d'inscription pour les bénévoles

## *Registration Form for Volunteers*

---

### HÔPITAL MONTFORT

713, chemin Montréal  
Ottawa (Ontario)

(613) 746-4621

#### Renseignements personnels / *Personal Data*

Nom / <i>Name</i>		Prénom / <i>Given Name</i>	
Adresse / <i>Address</i>		Téléphone à la maison / <i>Home Tel.:</i>	Tél. au travail / <i>Work Telephone</i>
		Courriel / <i>E-Mail</i>	
Ville/City	Province	Code postal / <i>Postal Code</i>	

#### Renseignements personnels sur le candidat

### *Personal Information on Candidate*

#### Disponibilité/*Availability*

Combien d'heures par semaine êtes-vous disponible? / *How many hours a week are you available?* Quels jours vous conviennent le mieux? / *Which days are best for you?*

Si étudiant, indiquez le nom de l'école / *If student, please indicate the name of the school*

Niveau / *Grade:*

**Programmes d'action bénévole / *Volunteer Work Programs***

**Les services et activités bénévoles sont répartis de la façon suivante / *Services and programs are categorized in the following manner:***

- 1. Activités directement reliées aux patients (exemple: Aide aux équipes soignantes)**  
*Activities directly related to patients (i.e. Support to care teams)*
- 2. Activités de levée de fonds (exemple: Boutique, vente de billets Nevada)**  
*Fund raising activities (i.e. Gift Shop, sale of Nevada tickets)*
- 3. Travail de soutien sur une base ponctuelle (exemple : sur appel, collecte de sang, service de la paie)**  
*On call services (i.e. Blood Donor clinics, On call, Payroll)*
- 4. Travail de soutien régulier (exemple: aide-commis, accueil, réception/guide)**  
*Support on an ongoing basis (i.e. clerical, reception)*

**Les services et activités suivantes m'intéressent / *The following services / activities are of interest***

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Si ces choix ne sont pas disponibles, accepteriez-vous un autre poste / *If the above choices were not available, would you consider another position?***

**OUI / YES**   
**NON / NO**

**Avez-vous déjà fait du bénévolat? / *Have you ever done volunteer work before?***

**OUI / YES**       **NON / NO**

**Si oui, à quel endroit et quel genre de travail / *If yes, where and what type of work?***

**Connaissances linguistiques / *Languague Skills***

	<b>Parler/<i>Speaking</i></b>	<b>Lire / <i>Reading</i></b>	<b>Écrire/ <i>Writing</i></b>
<b>Français</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<i>English</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Autre / <i>Other</i>:</b> _____			

**Quelles sont vos plus grandes qualités ? / *What are your best skills/qualities ?***

**Qu'est-ce qui vous motive à vous impliquer bénévolement à l'Hôpital Montfort?  
/ *What motivates you to join the Volunteer Services at Montfort Hospital ?***

**Références / *References***

**Nous vous demandons de bien vouloir retourner au Service des bénévoles les deux (2) formulaires *Vérification des références* dûment complétés: / **Kindly return to the Volunteer Services two (2) *Reference Check* forms duly completed.****

**Hôpital Montfort  
Service des bénévoles/Volunteer Services  
713, chemin Montréal Road  
Ottawa ON K1K 0T2**

**Autorisation pour la collecte de renseignements personnels / Authorization to Collect Personal Information**

*Je, soussigné, \_\_\_\_\_, autorise le Service des bénévoles de l'Hôpital Montfort à recueillir des renseignements personnels pertinents à l'emploi postulé au sujet de mes expériences de bénévolat ainsi qu'à procéder à la vérification des références que j'ai fournies.*

*Je comprends que les renseignements recueillis demeureront confidentiels mais pourront être divulgués aux personnes désignées en ce qui a trait à mon poste ou assignation.*

*Je consens à ce que l'Hôpital Montfort utilise des photos/vidéos/audios de ma personne pour diffusion électronique (télévision, radio, Internet, etc.) ou pour publications (brochures, rapports annuels Journal des bénévoles, Journal Montfort)*

\_\_\_\_\_

année / mois / jour

\_\_\_\_\_

signature du (de la) candidat(e)

---

*I, the undersigned, \_\_\_\_\_, authorize the Volunteer Services of Montfort Hospital to collect personal information pertinent to the volunteer position(s) applied for. You may proceed with collecting information about previous volunteer engagements as well as the verification of the references I have provided.*

*I understand that the information collected remains confidential but might be shared with the appropriate people related to the volunteer position(s) /assignment(s)*

*I consent to the utilization of photos/videos/audios of my person by the Montfort Hospital for broadcasting (television, radio, Internet, etc.) or publications (brochures, annual reports, the Volunteer Journal and the Montfort Journal).*

\_\_\_\_\_

Year / Month / Day

\_\_\_\_\_

Signature of Candidate

---

**En cas d'urgence / In Case of Emergency**

**Nom d'une personne à contacter en cas d'urgence /**  
*Name of Contact Person in Case of Emergency:*

**Téléphone à la maison**  
*Home Telephone*

**Bureau**  
*Office*

**Date:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_