
Formulaire d'inscription pour les bénévoles

Registration Form for Volunteers

HÔPITAL MONTFORT

713, chemin Montréal Road
Ottawa, ON
K1K 0T2

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 prélèvement 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*

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

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 the Montfort Hospital ?***

Références / *References*

Nous vous demandons de bien vouloir nous fournir deux lettres de référence adressées au Service des bénévoles à l'adresse suivante : / Two reference letters addressed to the Volunteer Services are requested:

**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 seront confidentiels mais pourront être divulgués aux personnes concernées aux fins de l'attribution d'un poste bénévole approprié.

Je consens aussi à des photographies / enregistrements / cinématographies / autres et j'autorise l'hôpital à utiliser et à publier cette documentation pour des fins médicales, scientifiques, éducatives ou publicitaires.

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) applied for.

I also consent to photographs, tapings, cinematographs, others and I authorize the hospital to use and publish these for medical, scientific, educational, and publicity purposes.

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 : _____