

VÉRIFICATION DES RÉFÉRENCES

Je, (nom en lettres moulées) _____

vous autorise à divulguer les renseignements ci-dessous au Service des bénévoles de l'Hôpital Montfort.

Signature : _____ Date : _____
(Postulant)

La personne mentionnée ci-dessus a fait une demande pour devenir bénévole à l'Hôpital Montfort. Les bénévoles ont des contacts avec les patients et les familles. Ils les aident de plusieurs façons, notamment en leur donnant du soutien et du réconfort. Ils travaillent aussi dans la Boutique et à l'administration avec d'autres bénévoles et des membres du personnel.

VEUILLEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES (en lettres moulées) :

Depuis combien de temps connaissez-vous le postulant? _____

Quel est votre lien avec le postulat? (Exemple : employeur, employé, collègue, professeur, voisin etc. Ne peut pas être un membre de la famille.) _____

Veillez évaluer ses qualités et ses capacités : _____

| | Excellent | | | | Médiocre |
|---------------------------------------|-----------|---|---|---|----------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Relations interpersonnelles | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Fiabilité / assiduité | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Dévouement | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Autonomie | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Capacité d'apprendre | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Capacité de suivre des directives | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Ouverture aux critiques constructives | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

D'après vous, quelles sont les plus grandes forces et qualités de cette personne? _____

Y a-t-il des préoccupations dont vous devriez nous faire part au sujet de cette personne? _____

| | | |
|-------------------|-----------|------|
| Nom du répondant | Signature | |
| Titre / Organisme | Téléphone | Date |

Merci de votre collaboration. Tous les renseignements fournis resteront confidentiels.

Veillez retourner ce formulaire à : **L'Association des auxiliaires/bénévoles
Hôpital Montfort
713, chemin Montréal, pièce 2C212
Ottawa (Ontario) K1K 0T2
ou par télécopieur : (613) 907-8040**