

LA Société Alzheimer

D E Q U É B E C

CHARLEVOIX - PORTNEUF - QUÉBEC

FORMULAIRE D'OFFRE DE BÉNÉVOLAT

Merci de proposer votre candidature en tant que bénévole au sein de notre organisme. Nous apprécions grandement votre intérêt !

PROFIL

Nom:	<input type="text"/>	Prénom:	<input type="text"/>
Courriel:	<input type="text"/>	Téléphone:	<input type="text"/>
Adresse:	<input type="text"/>	Ville:	<input type="text"/>
Province	<input type="text"/>	Code postal:	<input type="text"/>

Date de naissance (JJ/MM/AAAA), pour fin de vérification des antécédents judiciaires :

Langue(s) parlée(s):

Français Anglais

Autre

COMPÉTENCES ET APTITUDES

Expérience en bénévolat:

Oui Non

Si oui, indiquez le(s) organisme(s) ainsi que les coordonnées d'une personne contact:

Autres expériences:

MOBILITÉ ET DISPONIBILITÉ:

Possédez-vous une voiture:

- Oui Non

Si non, quel est votre mode de transport?

Quelles sont vos disponibilités?

- Jour Soir Fin de semaine

TYPE DE BÉNÉVOLAT RECHERCHÉ

(Cochez tous les choix applicables)

- Collecte de fonds (vente d'objets promotionnels, sollicitation de dons, etc.) Aide à la logistique (montage, démontage, transport de matériel, etc.) Tâches administratives (appels, saisie de données, recherches, etc.) Accueil (kiosque d'information, inscriptions, etc.)
- Diffusion (distribution de dépliants, affichage)
- Soutien au centre de jour l'Intemporel (transport de personnes vivant avec la maladie, soutien aux intervenants)
- Conférenciers (médecin, intervenant, spécialiste de la santé cognitive) Témoignages (présentation orale pour Partenaire Santé, groupes d'entraide, etc.)
- Comité organisateur (doit être disponible pour 4 à 5 rencontres annuellement et avoir plus de 2 ans d'expérience en bénévolat ou en organisation d'événements, à l'exception des membres du conseil d'administration)

MOTIVATIONS

Pourquoi désirez-vous vous impliquer au sein de La Société Alzheimer de Québec?

Êtes-vous ou avez-vous déjà été aidant(e) pour une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée?

- Oui Non

CONTACT EN CAS D'URGENCE

Nom:

Prénom:

Numéro de téléphone:

Lien de parenté:

Signature:

Date:

Veillez faire parvenir votre formulaire d'offre dûment rempli par courriel à l'attention de

Mme Josée Vaillancourt :

jvaillancourt@societealzheimerdequebec.com

(418) 527-4294, poste 130