

# Société Alzheimer Society

M O N T R É A L

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE BÉNÉVOLAT

*Note : Cette demande doit être accompagnée d'un curriculum vitae à jour.*

Nom :		Prénom :	
Adresse :			
Ville :	Province :	Code postal :	
Tél. Rés. :	Cell. :	Autre :	
Courriel :			

Quelles langues maîtrisez-vous ? Français : parlé  écrit  Anglais : parlé  écrit

Autres langues (précisez) :

Êtes-vous ou avez-vous déjà été aidant d'une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée ? oui  non  si oui, précédemment  actuellement

Avez-vous déjà été condamné pour une infraction pénale ou criminelle ? oui  non

Quelle est votre disponibilité (spécifiez) ?

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matin							
Après-midi							
Soirée							

Combien d'heures par semaine êtes-vous disponible ?

Quel type de bénévolat vous intéresse ?

**Centres d'activités** – Un programme d'activités thérapeutiques conçu pour les personnes atteintes de la MA ou d'une maladie apparentée. Ces activités se tiennent le samedi dans un lieu où la priorité est mise sur leurs besoins. Rôles : Apporter un soutien aux participants dans la réalisation des activités ; participer à l'organisation et au nettoyage de la salle ou autres tâches requises. (*Minimum 4 heures*)  **NDG**  **Montréal-Nord**  **Lachine**

**Sensibilisation** – Kiosques, distribution de matériel promotionnel, autres tâches connexes.

**Conférenciers bénévoles** – Sensibiliser des groupes de gens de divers milieux, réseaux ou organismes qui sont intéressés à mieux connaître la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée.

**Travail de bureau** –  **Envois postaux**  **Classement**  **Réception**  **Saisie de données**

**Traduction**

**Livraison / distribution**

**Autre** \_\_\_\_\_

Pourquoi désirez-vous faire du bénévolat pour la Société Alzheimer de Montréal ?

Avez-vous déjà fait du bénévolat ? Si oui, pouvez-vous décrire brièvement votre implication.

De quelles expériences, aptitudes ou connaissances particulières pourriez-vous nous faire bénéficier, via votre bénévolat ?

En cas d'urgence, avec qui devons-nous communiquer ?

Nom :

Prénom :

Tél. Rés. :

Cell. :

Autre :

### Déclaration

Je comprends que la présente démarche constitue uniquement une demande afin de faire du bénévolat. Ma candidature fera l'objet d'une analyse de la part de la Société Alzheimer de Montréal. Si ma candidature est retenue, je serai convié à une entrevue et une vérification de mes antécédents sera effectuée.

J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont véridiques et exacts. Toute fausse déclaration ou omission volontaire pourra entraîner le rejet de ma candidature.

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

*Société Alzheimer Society*  
M O N T R É A L

5165, rue Sherbrooke Ouest, bureau 410, Montréal (Québec) H4A 1T6  
Téléphone: 514 369-0800 Télécopieur : 514 369-4103 Courriel : info@alzheimermontreal.ca