



# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

## Hôpital de Montréal pour Enfants

Site Glen CUSM

Service bénévoles BS1.2736

1001 Décarie, Montréal, Qc H4A 3J1

Tel: (514) 412-4400 poste 22044

[servicebenevoleshme@muhc.mcgill.ca](mailto:servicebenevoleshme@muhc.mcgill.ca)

### Écrire lisiblement

Nom de famille		Prénom	
Adresse		App.	
Ville, Province		Code Postal	
Téléphone domicile		Courriel	
Cellulaire		Nom et téléphone de la personne à contacter en cas d'urgence	
Date de naissance    ____/____/____ jj                  mm                  aaaa		Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Langue(s) parlée(s) : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais    _____			
_____			
<b>Statut</b>			
<input type="checkbox"/> Sans emploi: <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> En emploi <input type="checkbox"/> Retraité			
Domaine _____			
Dernier diplôme obtenu : _____			
Quelles sont vos motivations à vous impliquer auprès de l'Hôpital de Montréal pour Enfants?			
_____			
_____			
_____			
_____			

Décrivez vos expériences de bénévolat antérieures, s'il y a lieu (organisation et durée).

---

---

Détaillez votre expérience auprès des enfants (gardiennage, parent, grands-parents ou autre).

---

---

Que souhaitez-vous accomplir comme bénévole et qu'avez-vous à offrir aux patients et aux familles?

---

---

---

Veillez indiquer toutes vos plages de disponibilité de mai à août inclusivement,

(ou spécifier: \_\_\_\_\_)

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
8am-11am							
11am-2pm							
2pm-5pm							
5pm-8pm							

Programmes:

- Accueil et information       Unités de soins       Cliniques externes  
 Hématologie/oncologie       Lire/imaginer       Urgence

Intérêts:

- Accompagnement (visite, écoute active etc.)       Loisirs (Lectures, bricolages, jeux etc.)  
 Information et renseignement       Autre \_\_\_\_\_

Type d'implication:

- Bénévolat régulier       Évènements spéciaux       Remplacement sur appel

Pour être bénévole à l'Hôpital de Montréal pour Enfants, je comprends que je dois :

- 1) Avoir plus de 17 ans (19 et plus pour les unités de soins)
- 2) Consentir à une contribution de 3 heures par semaine, pour une période minimale de 6 mois
- 3) Consentir à la vérification des antécédents judiciaires
- 4) Fournir une preuve des vaccins exigés par l'hôpital
- 5) Fournir une lettre de référence (professionnelle ou académique)
- 6) Être bilingue (français et anglais fonctionnel)

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

Commentaires :

---

---