

PARLONS DE LA MALADIE MENTALE

DEMANDE DE BÉNÉVOLAT

|  |
| --- |
| *Nous vous sommes reconnaissants de vouloir faire du bénévolat dans le cadre du programme TAMI – Parlons de la maladie mentale – de l’Association canadienne pour la santé mentale.**Veuillez remplir cette demande au mieux de vos capacités. N’hésitez pas à communiquer avec la coordonnatrice si vous avez besoin d’aide, d’éclaircissements ou de renseignements supplémentaires. Des aménagements aux fins d’accessibilité sont offerts sur demande.* *Nous vous encourageons à joindre à votre demande tout autre document (c.-à-d. CV, lettre de référence, certificat) que vous jugez approprié.* |

|  |
| --- |
| **Veuillez faire parvenir votre formulaire à l’adresse suivante :** |
| **why_obesity_needs_to_matter_to_employers.png** |
| **Kamilla Riabko***Assistante au programme de bénévolat*Association canadienne pour la santé mentale 1355, rue Bank, pièce 301Ottawa, ON, K1H 8K7**Courriel:**volunteers@cmhaottawa.ca**Téléphone :** (613) 737-7791, poste118**Télécopieur :** (613) 737-7644 |

****

## Demande de participation comme conférencier bénévole

|  |
| --- |
| Renseignements généraux |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom : |       |     |       | Date de naissance : |       |
|  | Prénom | Init. | Nom de famille |  | mm/jj/aaaa |
| Adresse : |       |       |
|   | Adresse civique | Appartement /Unité no |
|  | Ottawa | Ontario |       |
|  | Ville | Province | Code postal |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No de tél. (principal) : | (     )       | No de tél. (secondaire) : | (     )       |
| Adresse de courriel : |       | Mode de communication préféré : | Téléphone[ ]  | Courriel[ ]  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Âge : | 16-25[ ]  | 26-40 [ ]  | 41-50 [ ]  | 51-65 [ ]  | 65-70 [ ]  | Plus de 75 [ ]  |
| Sexe : | Homme [ ]  | Femme [ ]  | Autre [ ]  | Pronom à utiliser (facultatif) : |       |
| Langues parlées : |       | Langue préférée : |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous des restrictions quant aux genres d’activités auxquelles vous pouvez participer (p. ex. mobilité réduite, problèmes de santé, etc.)? | Oui[ ]  | Non[ ]  |
|  | Si oui, veuillez préciser.  |       |
| Veuillez noter que votre réponse n’influence pas notre décision en matière de recrutement  |       |
|       |

|  |
| --- |
| **Engagement** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pouvez-vous vous engager à faire du bénévolat pendant (au moins) un an? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Pouvez-vous vous engager à le faire de 3 à 5 heures par mois? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Pouvez-vous participer à des réunions d’équipe trimestrielles? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| La plupart des présentations se font durant les heures de classe. Pouvez-vous vous en tenir à cet horaire? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| Nous assurons une formation obligatoire à tous nos bénévoles. Celle-ci se déroule souvent durant les heures d’ouverture normales. Pourriez-vous y participer durant ces heures? | Oui [ ]  | Non [ ]  |

|  |
| --- |
| À USAGE INTERNE SEULEMENT  |
| Reçu par :  |  | Date de réception :  |  | Dans le CRMS : | [ ]  |
| Notes: |  |  |  | Lettre PRC : | [ ]  |
|  |

|  |
| --- |
| **PERSONNE À CONTACTER EN CAS D’URGENCE** |
| Nom de la personne : |       | Lien avec vous : |       |
| No de tél. (principal) : | (     )       | No de tél. (secondaire) :  | (     )       |

|  |
| --- |
| Scolarité |

|  |
| --- |
| Veuillez cocher tout ce qui s’applique : |
|  | [ ] Diplôme du primaire (8e année) |
| [ ] Diplôme d’études secondaires ou professionnelles |
| [ ] Études spéciales  | À préciser : |       |
| [ ] Études collégiales ou universitaires partielles | À préciser : |       |
| [ ] Diplôme d’études collégiales ou universitaires | À préciser : |       |
| Éducation permanente : Veuillez énumérer les programmes, ateliers ou séances de formation ou de perfectionnement additionnels que vous avez achevés en précisant la date d’achèvement. |
|  | Programme et responsable (école, organisme) | Date d’achèvement |  |
|  |       |       |  |
|  |       |       |  |
|  |       |       |  |

|  |
| --- |
| Raison de vouloir faire du bénévolat |
| Pour quelles raisons voulez-vous faire du bénévolat à l’Association canadienne pour la santé mentale et qu’espérez-vous en retirer? |
|       |

|  |
| --- |
| Emploi et bénévolat |

|  |
| --- |
| *Veuillez décrire votre expérience d’emploi et de bénévolat qui se rapporte le plus au rôle ou poste que vous postulez.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation : |       | Date : |       |
| Titre du poste : |       |  |
| Responsabilités : |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation : |       | Date : |       |
| Titre du poste : |       |  |
| Responsabilités : |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation : |       | Date : |       |
| Titre du poste : |       |  |
| Responsabilités : |
|       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Organisation : |       | Date : |       |
| Titre du poste : |       |  |
| Responsabilités : |
|       |

|  |
| --- |
| Expérience concrète |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | *La section d’Ottawa de l’ACSM recherche et recrute activement des personnes qui ont un vécu personnel de la maladie mentale (qui ont reçu des services pour une maladie mentale) et qui sont disposées à faire part de leur expérience à leurs contemporains et à des jeunes.* |  |
| Avez-vous un vécu personnel de la maladie mentale? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
| En avez-vous déjà parlé avec d’autres?  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  | Dans l’affirmative, avec qui et où?  |       |
| Veuillez décrire dans l’espace ci-dessous votre vécu personnel en ce qui a trait à la maladie mentale et la santé mentale. |
|  | *Vous être libre de joindre à cette demande des documents qui peuvent vous aider à remplir cette partie (c.-à-d., histoires, œuvres d’art, poèmes, illustrations, etc.).* |  |
|       |

|  |
| --- |
| Connaissance et compréhension de la santé mentale |

|  |
| --- |
| Parlez-nous de votre connaissance et de votre compréhension de la santé mentale. |
|       |
| Que savez-vous et que comprenez-vous de l’espoir, de la résilience et du rétablissement? |
|       |

|  |
| --- |
| Profil personnel |

|  |
| --- |
| Comment vous décririez-vous comme personne? (p. ex. traits de personnalité, sens de l’humour, extravertie ou introvertie, etc.)  |
|       |
| Avez-vous déjà fait des présentations? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  | Dans l’affirmative, veuillez préciser :  |       |
| Avez-vous déjà rédigé votre histoire? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  | Dans l’affirmative, veuillez préciser : |       |
| Avez-vous une expérience des jeunes (des 13-18 ans)? | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  | Dans l’affirmative, veuillez préciser : |       |
| Y a-t-il d’autres compétences que vous aimeriez perfectionner dans le cadre du programme TAMI? (c.-à-d., parler sans note, intervenir de manière créative, etc.)  | Oui [ ]  | Non [ ]  |
|  | Dans l’affirmative, veuillez préciser : |       |
| Utilisez-vous les transports en commun?  | Oui[ ] Non[ ]  |
| Utilisez-vous Para Transpo? | Oui[ ] Non[ ]  |
| *Des billets d’autobus seront fournis au besoin. Le covoiturage, s’il est disponible, peut aussi être offert à l’occasion.* |  |
|  | Commentaires :  |       |

|  |
| --- |
| Références |

|  |
| --- |
| *Veuillez indiquer le nom de trois personnes (deux relations professionnelles et un ami ou parent). Les références professionnelles peuvent venir d’un milieu où vous avez fait du bénévolat ou un travail rémunéré. Assurez-vous de remplir TOUS LES CHAMPS.* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |       | Lien avec vous : |       |
| Organisation : |       | No de téléphone : | (     ) |
| Adresse postale : | Adresse de courriel  (si disponible) : |
|       |  |       |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |       | Lien avec vous : |       |
| Organisation : |       | No de téléphone : | (     ) |
| Adresse postale : | Adresse de courriel  (si disponible) : |
|       |  |       |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |       | Lien avec vous : |       |
| Organisation : |       | No de téléphone : | (     ) |
| Adresse postale : | Adresse de courriel (si disponible) : |
|       |  |       |  |

|  |
| --- |
| Avis de non-responsabilité et signature |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Je |       | autorise par la présente l’assistante au programme de bénévolat de l’Association  |
| canadienne pour la santé mentale à communiquer avec les personnes susmentionnées. |
|  |
| Je comprends que les renseignements que j’ai donnés sont confidentiels et ne peuvent être utilisés que par le personnel au soutien professionnel pour déterminer mon admissibilité aux programmes de bénévolat. |
| Nom du (de la) bénévole : |       |  |  |  |
| Signature du (de la) bénévole : |  | Date: |       |  |