



**Centretown Community
Health Centre**
Centre de santé
communautaire du Centre-ville

**Veillez envoyer le formulaire de demande
dûment rempli à l'adresse suivante :**

Coordonnatrice du programme de bénévolat
Centre de santé communautaire du centre-ville
420, rue Cooper, Ottawa (Ontario) K2P 2N6
613-233-4443, poste 2510
volunteerprogram@centretownchc.org

Formulaire de demande (Bénévolat)

Renseignements généraux

Date : _____

Nom _____

Adresse _____ Rue _____

Ville _____ Code postal _____

Téléphone (principal) _____ Autre téléphone _____

Courriel _____

Langues : Veuillez indiquer les langues que vous maîtrisez à l'oral et à l'écrit.

À l'oral : _____ À l'écrit : _____

Disponibilités actuelles : Veuillez indiquer par un X vos disponibilités de bénévolat.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi
Avant-midi					
Après-midi					
Soirée					

Situation actuelle : Employé à temps plein En recherche d'emploi Personne au foyer
Employé à temps partiel Travailleur autonome Aux études
Personne à la retraite Autre _____

Comment avez-vous entendu parler du programme de bénévolat du CSCC?

Employés / bénévoles / membres du conseil

d'administration du CSCC

Bénévoles Ottawa

Radio / journaux / télévision

Site Web du CSCC

École

Autre : _____

Personne à joindre en cas d'urgence

1. Nom : _____

Téléphone : _____

Lien : _____

Autre tél. : _____

2. Nom : _____

Téléphone : _____

Lien : _____

Autre tél. : _____

Postulez-vous pour un poste de bénévole ou un programme du CSCC en particulier?

Si oui, veuillez préciser : _____

Pourquoi souhaitez-vous donner de votre temps au CSCC?

Postulez-vous dans le cadre d'un programme scolaire ou communautaire pour lequel vous devez accomplir un minimum d'heures? **Oui** **Non**

Si oui, combien d'heures? _____ D'ici quelle date? _____

Nom du programme scolaire ou communautaire : _____

Références

Veuillez fournir deux références, dont au moins une d'un superviseur (aucun membre de la famille).

1. Nom : _____ Lien : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

2. Nom : _____ Lien : _____
Téléphone : _____ Courriel : _____

Autorisation de collecte de renseignements personnels

J'autorise le personnel du programme de bénévolat du Centre de santé communautaire du centre-ville à recueillir des renseignements personnels pertinents pour le poste convoité concernant ma scolarité et mes expériences de travail ou de bénévolat et à vérifier les références fournies ayant trait à la moralité, conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.

J'ACCEPTE

Nom : _____ Date : _____