



LA FONDATION  
canadienne des  
tumeurs cérébrales

# Formulaire d'application pour les bénévoles

\*Veuillez compléter les deux pages de ce formulaire

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Postal Code : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Meilleur moment pour appeler : \_\_\_\_\_

Téléphone (soir) : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Méthode préférée de correspondance : \_\_\_\_\_

Comment avez-vous entendu parler de nos opportunités de bénévolat ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pourquoi voulez-vous devenir bénévole? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dans quel(s) domaine(s) souhaitez-vous faire du bénévolat ou quels postes vous intéressent? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Langue(s) parlée(s) : \_\_\_\_\_

Passe-temps et/ou loisirs : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Informations de contact d'urgence

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Autre numéro : \_\_\_\_\_

## Formation académique

Études secondaires (dernier niveau complété ou diplôme) : \_\_\_\_\_

Études collégiales/secondaires (spécifiez le programme) : \_\_\_\_\_

Autres formations, certificats, etc. : \_\_\_\_\_

## Expérience de travail

Employeur	Titre	Rôle/Responsabilités

## Références

Nom et coordonnées de (2) deux références (pas de membres de la famille) qui vous connaissent depuis au moins deux (2) ans :

### 1<sup>e</sup> Référence

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Postal Code : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

### 2<sup>e</sup> Référence

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Postal Code : \_\_\_\_\_

Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_ Téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_ Lien : \_\_\_\_\_

### Les informations suivantes nous aident à mieux desservir notre communauté :

Êtes-vous un(e) : Patient(e)    Membre de la famille    Proche aidant(e)    Professionnel(le) de la santé

Autre : \_\_\_\_\_ Année de naissance : \_\_\_\_\_

Si vous êtes un(e) patient(e)/survivant(e), de quel type de tumeur cérébrale êtes-vous ou avez-vous été atteint(e)?

Non maligne

Maligne

Grade mixte

Inconnu

Commentaires : \_\_\_\_\_

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

**Veillez envoyer le formulaire complété à :** Maryse Tremblay, *Responsable des services de soutien*

Téléphone : 514 473-1928 / 1 800 265-5106, poste 401    Courriel : [mtremblay@braintumour.ca](mailto:mtremblay@braintumour.ca)

**AIMEZ NOTRE PAGE FACEBOOK EN FRANÇAIS! @Fondationcanadiennedestumeurscérébrales**