

FICHE D'IDENTITÉ confidentielle

(vous trouverez des renseignements sur le site de la Maison Médicale Jeanne Garnier onglet « bénévoles »)

MERCI DE COMPLÉTER CE CADRE EN MAJUSCULES D'IMPRIMERIE

NOM : Prénom :

Date et lieu de naissance : âge : Sexe: M F

Situation familiale: nombre d'enfants nombre de petits enfants

Adresse :

Code postal:..... Ville :

Tél. Domicile : Mobile : E-mail :@.....

Temps de transport pour venir à l'association :

POUR FAIRE CONNAISSANCE

Avez-vous eu ou avez-vous une activité professionnelle, si oui laquelle ? :

Actuellement êtes vous ? :

A temps plein A temps partiel En recherche d'emploi Á la retraite

Avez-vous une expérience de bénévolat, en association.....

.....

Loisirs préférés (musique, artisanat, dessin, sport, etc.) :

EXPÉRIENCE(S) AUPRÈS DE MALADES

Avez-vous approché (ou vécu avec) des grands malades ou des personnes en fin de vie ?

Était-ce dans un milieu médical et hospitalier ou à domicile ?

Avez-vous approché (ou vécu) avec des personnes âgées ?

Avez-vous vécu le deuil d'un ou plusieurs proches ou un évènement fragilisant ?.....

.....

Qui et en quelles années ?

.....

Avez-vous déjà une ou des formation(s) :

En Soins Palliatifs Auprès des personnes âgées Auprès des personnes atteintes d'Alzheimer

Si oui, laquelle ou lesquelles ?

.....

VOS AUTRES ENGAGEMENTS

Etes-vous engagé(e) dans une ou d'autre(s) association(s), laquelle ? à quel rythme ? pour quoi ? (décrivez) :

.....

.....

Cadre réservé à l'association

- Date de réception du dossier :	- Equipe du :	- Date du 1 ^{er} jour :
- 1 ^{er} RV:	- Différents référents :	
- Parcours :	1)	
- Lieux possibles :	2)	
- Jours et demi journées envisagés :	- RV de fin de période essai :	

MOTIVATIONS

Depuis quand pensez-vous à ce type de bénévolat (soins palliatifs et/ou personnes âgées et/ou malades Alzheimer) ?

.....

D'où connaissez-vous la Maison Médicale Jeanne-Garnier **et/ou** la Résidence Aurélie-Jousset **et/ou** l'Espace Jeanne Garnier ?

.....

.....

Souhaiteriez-vous être bénévole auprès des personnes :

(plusieurs choix peuvent être exprimés ; pour mémoire les horaires possibles d'accompagnement)

En fin de vie à la Maison Médicale (8h50 à 14h30 ou 13h30 à 19h30)

Malades Alzheimer à l'Espace Jeanne Garnier (13h30 à 17h15)

Pour quelles raisons désirez-vous être bénévole. ?.....

.....

.....

.....

Qu'entendez-vous par « accompagnement » ?

.....

.....

.....

.....

Avez-vous des appréhensions particulières face à la mort, à la maladie, à la déformation des corps ?

.....

.....

.....

Eprouvez-vous d'autre(s) crainte (s) ? Si oui, pouvez-vous les nommer ?

.....

.....

.....

Avez-vous une expérience de la vie en équipe ? Laquelle ?

.....

.....

.....

A.....

Signature

Le.....

106, avenue Emile Zola - 75015 PARIS
Tél./Rép. : 01.43.92.22.97 - E-mail : benevole@jeanegarnier-paris.org - www.jeanne-garnier.org

SIRET 444 431 050 00012 – Code APE 9499 Z