



## Formulaire d'offre de bénévolat

Merci de proposer votre candidature en tant que bénévole au sein de notre organisme.  
Nous apprécions grandement votre intérêt!

| Profil   |                       |
|--|-----------------------|
| Nom :  | Prénom :              |
| Courriel :   | Numéro de téléphone : |
| Adresse :  | Ville :               |
| Province :   | Code postal :         |
| Date de naissance (pour fin de vérification des antécédents judiciaires) :   |                       |
| Langues parlées : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Autres : |                       |

| Compétences et aptitudes   |
|--|
| Expérience de bénévolat : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    |
| Si oui, indiquez le(s) organisme(s) ainsi que les coordonnées d'une personne contact : |
| Autres expériences :   |

| Mobilité et disponibilité  |   |
|--|---|
| Possédez-vous une voiture :<br><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Si non, quel est votre mode de transport ?  |
| Quelles sont vos disponibilités ? :  | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir <input type="checkbox"/> Fin de semaine |

## Type de bénévolat recherché

(Cochez tous les choix applicables)

- Collecte de fonds (vente d'objets promotionnels, sollicitation de dons, etc.)
- Aide à la logistique (montage, démontage, transport de matériel, etc.)
- Tâches administratives (appels, saisie de données, recherches, etc.)
- Accueil (kiosque d'information, inscriptions, etc.)
- Diffusion (distribution de dépliants, affichage)
- Soutien au centre de jour l'Intemporel (transport de personnes vivant avec la maladie, soutien aux intervenants)
- Conférenciers (médecin, intervenant, spécialiste de la santé cognitive)
- Témoignages (présentation orale pour Partenaire Santé, groupes d'entraide, etc.)
- Comité organisateur (doit être disponible pour 4 à 5 rencontres annuellement et avoir plus de 2 ans d'expérience en bénévolat ou en organisation d'événements, à l'exception des membres du conseil d'administration)

## Motivations

Pourquoi désirez-vous vous impliquer au sein de La Société Alzheimer de Québec ?

Êtes-vous ou avez-vous déjà été aidant(e) pour une personne vivant avec la maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée ? :  Oui  Non

## Contact en cas d'urgence

|                       |                   |
|-----------------------|-------------------|
| Nom :                 | Prénom :          |
| Numéro de téléphone : | Lien de parenté : |
| Signature :           | Date :            |

Veuillez nous faire parvenir votre formulaire d'offre dûment rempli par courriel à : [egaudreault@societealzheimerdequebec.com](mailto:egaudreault@societealzheimerdequebec.com)

Pour obtenir de plus amples informations, vous pouvez nous contacter aux numéros suivants :  
**Téléphone :** 418 527-4294, poste 121 ou 1 866 350-4294 (sans frais) **Télécopieur :** 418 527-9966