



**PROGRAMME DE BÉNÉVOLAT**  
**ÉCOLE DE SCIENCE INFIRMIÈRE UNIVERSITÉ DE MONCTON**

**FORMULAIRE ATTESTANT LE BÉNÉVOLAT**

Nom de l'étudiant(e) : \_\_\_\_\_ NI : A00 \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Personne ressource à l'organisme : \_\_\_\_\_

Adresse de l'organisme : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Date(s) du bénévolat : \_\_\_\_\_

Durée du bénévolat : \_\_\_\_\_/heures

Nature du bénévolat (brève description des tâches réalisées)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**RECONNAISSANCE DU RESPECT DES POLITIQUES ASSOCIÉES AU BÉNÉVOLAT**

J'affirme que je vais respecter les politiques ci-dessous lors de mon bénévolat auprès de \_\_\_\_\_ . Je reconnais que lors de cette expérience, je ne vais recevoir aucune rémunération ou aucun bénéfice de la part de l'organisme et que cette expérience ne constitue aucunement une garantie ou promesse d'emploi éventuel. Je reconnais aussi que l'organisme peut mettre fin à mon expérience de bénévolat à tout moment sans justification ou préavis de leur part.

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

Signature de l'organisme : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Respect des politiques associées au bénévolat      Oui      Non      Non applicable

- |  |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Vérification du casier judiciaire        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Reconnaître ses limites dans sa pratique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Confidentialité                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Travail solidaire                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |