



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"/> |