

## 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 PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES NEURO-DEGENERATIVES

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

Avez-vous approché (ou vécu avec) des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées ?.....

Etait-ce dans un milieu médico-social, associatif, familial ou à domicile ?.....

Avez-vous déjà une ou des formation(s) pour aider à prendre en charge ce type de maladie : OUI NON

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 <sup>er</sup> jour :
- 1 <sup>er</sup> 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 bénévolat auprès de « personnes Alzheimer – ou apparentées » ?

.....  
.....

D’où connaissez-vous l’accueil de jour des établissements Jeanne Garnier, dit « Espace Aurélie Jousset » ?

.....  
.....

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

.....  
.....  
.....

Qu’entendez-vous par « accompagnement » ?

.....  
.....  
.....  
.....

Avez-vous des appréhensions particulières face à ce type de maladie ?

.....  
.....  
.....

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](mailto:benevole@jeanegarnier-paris.org) - [www.jeanne-garnier.org](http://www.jeanne-garnier.org)

SIRET 444 431 050 00012 – Code APE 9499 Z