



Régie de la santé du Restigouche Restigouche Health Authority

DEMANDE D'ADMISSION COMME BÉNÉVOLE / VOLUNTEER APPLICATION FORM

NOM / NAME: _____ DATE DE NAISSANCE / D.O.B. : _____

TÉLÉPHONE / TELEPHONE: _____
(maison/home) (travail/work)

ADRESSE / ADDRESS: _____

COURRIEL / E-MAIL: _____

LANGUES / LANGUAGES

Parlées

Français / French
Anglais / English
Autre / Other Précisez / Specify _____

Écrites

Français / French
Anglais / English
Autre / Other Précisez / Specify _____

EXPÉRIENCE / EXPERIENCE

Travail et/ou bénévolat – Work and/or Volunteering : _____

Cours et/ou formation – Courses and/or Training : _____

INTÉRÊTS PARTICULIERS / SPECIAL INTEREST

Aptitudes / Loisirs / Talents – Skills / Hobbies / Talents: _____

DISPONIBILITÉ / AVAILABILITY

Jours / Days: _____ Heures / Time: _____

RÉFÉRENCES / REFERENCES

Donnez les noms de trois personnes qui pourraient vous recommander :

Give the name of three people who could supply references:

1) Nom / Name: _____ Téléphone / Telephone: _____

2) Nom / Name: _____ Téléphone / Telephone: _____

3) Nom / Name: _____ Téléphone / Telephone: _____

Signature : _____ Date : _____