# Formulaire d’inscription des bénévoles de *Connexion Ortho*

On entend par bénévole du programme *Connexion Ortho* une personne formée qui fait part de son expérience personnelle au malade auquel elle est jumelée, qui lui donne des renseignements sur les ressources disponibles, qui lui suggère des trucs et des stratégies d’adaptation, et qui lui prête une « oreille attentive ».

|  |
| --- |
| **Pour être bénévole dans le cadre du programme *Connexion Ortho*, vous devez vivre au Canada et avoir été opéré dans un établissement de santé canadien depuis moins de deux ans.**Nom : Adresse postale : Ville/Prov./C.P. : Téléphone : Résidence Travail Cell. Courriel : Date de naissance :                                   *(L’âge est l’un des critères dont nous nous servons pour jumeler les participants.)*Sexe : □ M □ F □ Autre (précisez) :  |

Profession :

Langues parlées : Anglais □ Français □

 Autre (précisez) :

Avez-vous déjà participé à un programme de soutien? □ Oui □ Non

Si oui, donnez le nom de l’organisme, la durée de la participation et le type d’expérience :

Type de chirurgie :

Date de la chirurgie (il y a 2 ans maximum) :

Orthopédiste : Hôpital :

Pourquoi voulez-vous être bénévole dans le cadre du programme de soutien par les pairs?

Qu’est-ce qui fait que vous pourriez bien réussir dans ce rôle?

**Vos disponibilités :**

Veuillez cocher votre préférence : □ N’importe quand

□ Matinée □ Après-midi □ Soirée

Veuillez indiquer vos disponibilités : □ N’importe quel jour

□ Lundi □ Mardi □ Mercredi □ Jeudi

□ Vendredi □ Samedi □ Dimanche

Combien d’heures par mois êtes-vous prêt à consacrer au programme *Connexion Ortho*?

□ 1 heure □ 2 heures □ 3 heures □ 4 heures et plus

**Renseignements relatifs au jumelage :**

Préférez-vous être jumelé à une personne du même sexe que vous? □ Oui □ Pas d’importance

**Comment avez-vous entendu parler du programme de soutien par les pairs *Connexion Ortho*?**

□ Orthopédiste □ Clinique d’évaluation □ Hôpital/Centre de santé □ Physiothérapeute

□ Site Web de la Fondation Canadienne d’Orthopédie □ Internet □ Ami/Famille

□ Journal/Revue □ Autre :

Je certifie que les renseignements fournis sont exacts. Je comprends que ma participation au programme *Connexion Ortho* dépend de l’achèvement de ma formation, de mes efforts continus pour mettre à jour mes connaissances en matière d’orthopédie, de même que de la disponibilité de participants de *Connexion Ortho* qui me conviennent. J’autorise également la Fondation Canadienne d’Orthopédie à communiquer avec moi par courriel.

Signature Date

Veuillez retourner ce formulaire à :

Fondation Canadienne d’Orthopédie

C.P. 1036, Toronto (Ontario)  M5K 1P2;

ou à orthoconnect@canorth.org.

|  |
| --- |
| **Usage interne seulement**Application Received: Interview: Training Binder sent: Training Date: Additional Comments: |