|  |  |
| --- | --- |
| **Formulaire à retourner soit par e-mail ou par courrier :**  AREIPAH - Maison des Associations  6 route d’Ingersheim – 68000 Colmar | Téléphone : les matins 07 56 13 29 93  mail : [nmeyer@areipah.fr](mailto:nmeyer@areipah.fr) |

|  |
| --- |
| FORMATION BENEVOLE EN EHPADDEMANDE DE PRISE EN CHARGE D’UNE FORMATION 2024 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Coordonnées de la personne | | |
| Nom et Prénom |  | |
| Date de naissance |  | |
| Téléphone |  | |
| Courriel : adresse de messagerie |  | |
| Adresse |  | |
|  | |
| Vous êtes | □ Bénévole □ Aidant familial | |
| Votre association ou votre bénévolat | | |
| Non de l’établissement |  | |
| (association – Etablissement) |  | |
| Adresse |  | |
| Mail |  | |
| Fonction / Mission exercée dans l’association ou l’établissement |  | |
| Année d’engagement bénévole |  | |
| Votre profession ou ancienne profession |  | |
| La formation que vous avez choisie : le bénévolat en EHPAD | | |
| Quels sont vos attentes sur la formation |  | |
| Quels sont les satisfactions que vous retirées du bénévolat ? |  | |
| Quelles sont les difficultés rencontrées ? |  | |
| Avez-vous des points précis que vous voulez aborder ? |  | |
| Un repas est propose après chaque session , voulez vous y participer ?  Allergies : | □ Oui □ Non | |
| Je soussigné(e), m’engage à faire profiter les membres de l’association ou de l’établissement de l’acquis reçu lors de la formation | | |
| Date : | | Signature : |