|  |
| --- |
| FORMATION BENEVOLE EN EHPADDEMANDE DE PRISE EN CHARGE D’UNE FORMATION 2025 |

|  |
| --- |
| 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  |
| Nom 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 :  |