

Photo

**Association pour le Développement**

**Des Soins Palliatifs dans le Var**

**Hôpital Georges Clémenceau – Pavillon Coste Boyère – 3ème étage**

**421 avenue du 1er Bataillon d’Infanterie de Marine du Pacifique**

**83130 LA GARDE**

**Tél. : 04 94 65 99 27/*mail* :** [**asp-var@wanadoo.fr**](mailto:asp-var@wanadoo.fr)

***Site* :** [**http://soins-palliatifs-var.jimdo.com**](http://soins-palliatifs-var.jimdo.com)

***Facebook* : http://www.facebook.com/ASPVAR**

***Association loi 1901 à but non lucratif, déclarée le 14 novembre 1990***

**QUESTIONNAIRE AUX FUTURS BÉNÉVOLES**

NOM/PRÉNOM :…………………………………………………………………………………………………………………………………

Date et lieu de naissance : ………………………………………………………….........................................................

Situation familiale :………………………………………………………………………………………………………………………......

Enfants :……………………………………………………………………………………………………………………………………………. Adresse postale : …………………………………………………………………………......................................................

CP/VILLE : ………………………………………………………………………………………...................................................

Adresse mail : ……………………………………………………………………………………...............................................

Téléphone fixe/portable : ………………………………………………………………………………………………………………….

Activité professionnelle .……………………………………………………………………………………………………………………

*Répondez très librement aux questions suivantes (quelques interrogations que vous devez vous posez parmi d’autres…).*

1. **Comment avez-vous connu l’ASP-VAR ?**
2. **Pour devenir bénévole d’accompagnement à l’ASP VAR vous devez vous engager à :**

* Respecter les termes de la Charte des Soins palliatifs et de l’accompagnement, dans le cadre de votre bénévolat et lorsque vous parlez au nom de l’association
* Assister à tous les modules de la formation initiale
* Libérer 4h par semaine en moyenne pour effectuer vos visites
* Participer tous les mois au groupe de paroles (1h30)
* Participer aux séances de formation continue

**Pensez-vous tenir ces engagements ? Si non, pourquoi ?**

1. **Sans obligatoirement être accompagnant bénévole, vous pouvez devenir bénévole d’action en nous aidant à faire connaître l’association, en participant aux tâches que requiert une telle association (gestion, secrétariat, communication, comptabilité…) et au développement des soins palliatifs. Cela vous intéresse-t-il ? Dans quel domaine ? et pourquoi ?**
2. **Pourquoi envisagez-vous de faire de l’accompagnement en soins palliatifs ?**
3. **Quels deuils vous ont le plus marqués ? et de quand datent-ils ?**
4. **Pour vous qu’est-ce qu’un bénévole ?**
5. **Pour vous que signifie faire partie de l’ASP-VAR ?**

**Date : Signature :**