



IDENTITE

Monsieur O/ Madame O/ Mademoiselle O/ Titre :
NOM, Prénom du volontaire :

Nom de jeune fille et Prénom de l'époux :

Célibataire O/ Marié O

Date et Lieu de naissance :

Adresse et N° de domicile :

Lieu et CP :

Adresse mail :

GSM et/ ou n° de téléphone :

QUALIFICATIONS

Diplôme civil:

Profession :

Expérience :

Etudiant O/ Actif O/ Retraité O/ en recherche d'emploi O/ autre O

Langues parlées :

Langues écrites :

FORMATIONS ECOUTE et BEPS

Ecoute, type de formation, date :

BEPS, année :

Recyclage depuis obtention : non O/ oui O année :

Secourisme, type, date :

MEDICAL et PARAMEDICAL

Médecin O / Infirmier O/ Aide Soignant O/ Kiné O/Logo O/Ergo O/Pharmacien O/Dentiste O/

Autre formation paramédicale
ou liée aux soins de santé :

Etudiant O/ En service O/ Retraité O/ Non pratiquant O

Si vous avez sélectionné l'une de ces possibilités, nous vous prions de compléter cette information au verso du document

Suite du document au verso

ACTIVITE au sein de ORDER OF MALTA BELGIUM

Secteur et type :

Responsable :

Début d'activité :

Fréquence :

Autres volontariats pour l'OMB (ex-Malte Assistance)/date :

CONSENTEMENT

J'ai pris connaissance de la note d'information aux volontaires de ORDER of MALTA BELGIUM.
(www.ordredemaltebelgique.org/fr/note-information-benevoles)

J'autorise l'ASBL à publier sur son site Internet, les réseaux sociaux et dans ses brochures les photos, vidéos et autres supports visuels ou auditifs qui auront été pris ou captés durant les activités organisées par l'ASBL et j'ai pris conscience que je peux mettre fin à cet accord à tout moment sur demande écrite.

Dans le cadre du Règlement de la Protection des Données (RGPD) entré en vigueur le 28 mai 2018, j'accepte que mes données personnelles soient traitées, pour les besoins des activités de l'association, par l'ASBL.

J'accepte les communications liées à mon bénévolat et aux activités propres à l'ASBL.
(www.ordredemaltebelgique.org/fr/politique-de-confidentialite)

Je ne souhaite pas recevoir les invitations aux conférences organisées par l'aumônerie.

Fait à
Le
Signature

COMPLEMENT D'INFORMATION MEDICAL et PARAMEDICAL

Formation/Diplôme :

Spécialité(s) :

Environnement professionnel :Soins à domicile /Institution de repos /Hôpital /Autre (spécifier)

Depuis/arrêté depuis :

Autre expérience professionnelle: