



## FORMATION QUÉBÉCOISE SPÉCIALISÉE EN INTERVENTION PAR LES PAIRS du 4 au 15 février 2019

### FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Transmettre vos 3 documents (le formulaire d'inscription, le pré-test ainsi que votre curriculum vitae) par la poste à l'attention de :

Madame Danielle Lachance  
Inscription formation pairs aidants  
AQRP  
2380, av. du Mont-Thabor, bureau 205  
Québec (Québec) G1J 3W7

Date de remise de vos documents : au plus tard  
le **vendredi 30 novembre 2018, 17 h.**

Date de la demande :     /     /     (jj/mm/aaaa/

#### CANDIDAT(E) :

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Téléphone résidence : (    ) \_\_\_\_\_ Travail : (    ) \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Région : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Où avez-vous entendu parler de la formation de pairs aidants? \_\_\_\_\_

#### Veillez répondre aux questions suivantes selon votre situation actuelle :

1. Je vis ou j'ai vécu un trouble mental : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_  
Si oui, j'ai acquis une stabilité et une autonomie au plan de mon fonctionnement en général et je suis capable de gérer mes symptômes depuis plus de deux ans.  
**Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_
2. Je travaille présentement comme pair aidant : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_  
Si oui, à quel endroit? \_\_\_\_\_
3. J'ai une promesse d'embauche d'un employeur pour un poste de pair aidant une fois que je recevrai mon attestation : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_
4. Je suis ou j'ai été impliqué dans un groupe d'entraide ou autres ressources en santé mentale : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_
5. Mon milieu de travail me demande d'être formé : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_  
Si oui, à quel endroit? \_\_\_\_\_
6. Mon employeur ou moi sommes en mesure de déboursier les frais de 2020 \$ pour suivre la formation : **Oui** : \_\_\_ **Non** : \_\_\_

**S'il vous plaît, signez vos initiales aux seuls énoncés qui s'appliquent à vous :**

- |   |  |
|---|--|
| ➤ Je détiens un diplôme d'études secondaires (DES).   |  |
| ➤ Je détiens un diplôme d'études collégiales (DEC).<br>Lequel? _____  |  |
| ➤ J'ai fait des études universitaires. J'ai obtenu un baccalauréat ou autres.<br>Lequel? _____  |  |
| ➤ Je peux fournir une preuve de mes diplômes.   |  |
| ➤ Je suis en mesure de participer à la formation d'une durée de 119 heures.   |  |
| ➤ J'ai une bonne capacité de gestion du stress et d'adaptation.   |  |
| ➤ J'ai la capacité et je veux travailler sur le <u>marché régulier du travail</u> .   |  |
| ➤ Cela fait au moins deux ans que l'on m'a diagnostiqué un trouble mental.  |  |
| ➤ J'ai vécu également un trouble de dépendance (toxicomanie, alcoolisme) et je suis présentement en rétablissement depuis au moins 2 ans. |  |
| ➤ Je suis à l'aise de dévoiler mon expérience de vie dans le cadre de la formation ainsi que dans un éventuel emploi de pair aidant.      |  |
| ➤ Je comprends que Pairs Aidants Réseau <b>n'est pas un programme de placement en emploi ni de développement de l'employabilité.</b>      |  |

Si vous avez des questions supplémentaires concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec Danielle Lachance, agente de soutien, au 418-523-4190, poste 214.

*Merci de votre intérêt pour le programme québécois Pairs Aidants Réseau.*