



### **Coordonnées**

Nom \_\_\_\_\_

Adresse postale \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone – Domicile : \_\_\_\_\_ Bureau \_\_\_\_\_ Cellulaire \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Méthode préférée de communication :  Domicile  Bureau  Cellulaire  Courriel

### **Résidence**

Dans quelle ville ou village vivez-vous (si différent de l'adresse postale) ? \_\_\_\_\_

Dans quelle municipalité rurale habitez-vous ? \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps vivez-vous dans cette communauté ou municipalité rurale ? \_\_\_\_\_

### **Données démographiques**

Genre :  Homme  Femme

Intervalle d'âges :  moins de 18\*  18-24  25-39  40-54  55-70  71 et plus

\*Veuillez noter que nous demanderons à un parent ou tuteur de signer un formulaire de consentement

Situation d'emploi :  employé(e)  sans emploi  retraité(e)  étudiant(e)

Parlez-vous d'autres langues à part l'anglais ?  Oui  Non

Si oui, indiquez les langues que vous maîtrisez : \_\_\_\_\_

### **Expérience et intérêts**

Quelle est votre expérience professionnelle (rémunérée, non rémunérée ou en tant que bénévole) ?

---

---

---

Expliquez les raisons pour lesquelles vous souhaitez faire partie d'un Comité consultatif en santé communautaire. Donnez des exemples sur des questions qui vous intéressent relativement au système de soins de santé.

---

---

---

Quels thèmes relatifs au système de santé voudriez-vous aborder avec le Comité consultatif en santé communautaire ?

---

---

Veuillez décrire les groupes ou les projets précédents ou courants dont vous avez fait partie dans votre communauté (par exemple : culturels, confessionnels, professionnels, sportifs, etc.).

---

---

---

Où avez-vous entendu parler des Comités consultatifs en santé communautaire ?

- journal       radio       site Web du gouvernement       brochure       bouche à l'oreille  
 site Web de l'ORS       autre – veuillez les indiquer : \_\_\_\_\_

### Références

Veuillez indiquer le nom de deux personnes qui pourraient vous servir de référence par rapport à vos expériences de travail, de bénévolat ou à l'école et qui connaissent vos compétences dans ce domaine depuis plus de six mois (en excluant de préférence la famille et les amis).

1. Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Comment vous connaissent-ils ? \_\_\_\_\_

2. Nom : \_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_  
Comment vous connaissent-ils ? \_\_\_\_\_

### Questions facultatives

Avez-vous déjà été membre du Conseil de l'Office régional de la santé ou membres du comité consultatif de district de santé ?       Oui       Non

Vous sentiez-vous efficace dans ce rôle ?       Oui       Non

Commentaires: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Avez-vous reçu des services de soins de santé par l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est ?

Oui       Non

Si oui, comment évalueriez-vous les soins ?

Très bien       Bien       Moyen       Mauvais       Je ne sais pas

Seriez-vous intéressé à jouer un rôle consultatif auprès de patients au sein de l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est ?       Oui       Non

Comme nous tenons à ce que les candidats reflètent la diversité des communautés faisant partie du Comité consultatif en santé communautaire, nous vous prions de bien vouloir indiquer si vous faites partie de l'un des groupes suivants :

autochtones       minorités visibles       personnes atteintes d'une invalidité

Veuillez faire parvenir votre candidature par courriel, télécopieur ou par courrier d'ici le 31 juillet 2017 à :

**Pamela McCallum**

233A, rue Main, Selkirk (Manitoba) R1A 1S1

Télec. : (204) 482-4300

Courriel : [pmccallum@ierha.ca](mailto:pmccallum@ierha.ca)

*Merci de poser votre candidature.*