



Formulaire d'inscription

Veillez nous faire parvenir le formulaire dûment complété:
télécopieur : 514 844 2498 ou daniel.claude.gendron@cocqsida.com

Coordonnées

| | |
|----------------------|--|
| Nom et prénom | |
| Adresse | |
| Ville et code postal | |
| Téléphone | |
| Cellulaire | |
| courriel | |

Si vous possédez une boîte vocale ou un répondeur, pouvons-nous laisser un message? Oui Non

Personne à contacter en cas d'urgence

| | |
|----------------------|--|
| Nom et prénom | |
| Lien | |
| Adresse | |
| Ville et code postal | |
| Téléphone domicile | |
| Téléphone travail | |

Cette personne est-elle au courant de votre statut sérologique VIH positif? Oui Non

Les informations démographiques servent à assurer la diversité des participants à la formation et sont recueillies à des fins statistiques. (Les noms ne seront pas associés aux informations rapportées)

| | |
|---------------------------------------|--|
| Mon âge | |
| Mon plus haut niveau de scolarité est | |

J'appartiens à une ou plusieurs de ces populations prioritaires:

- Hommes gais et hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes;
- Utilisateurs de drogues injectables
- Autochtones
- Personnes provenant des communautés ethnoculturelles
- Travailleuses du sexe
- Personnes ayant vécu dans des établissements correctionnels
- Personnes transgenres
- Personnes vivant avec le VIH et l'hépatite C
- Femmes
- Jeunes (moins de 30 ans)
- Personnes sourdes
- Hétérosexuels
- Long time survivors
- Mère / Père
- Autre : _____

Répondez aux questions suivantes afin de nous aider à soutenir votre participation à la formation: Avez-vous:

besoin de réfrigération pour vos médicaments? Oui Non

besoin de remboursement pour les frais de garde d'enfants? Oui Non

Avez-vous des besoins spécifiques qui pourraient affecter votre participation à la formation, telles que: déficience visuelle ou auditive; Utiliser un fauteuil roulant ou des problèmes de mobilité; Etc. et / ou des allergies ou des restrictions alimentaires? Veuillez les indiquer ci-dessous :

Cannabis médical

| | |
|-------------------------------------------|--|
| Formulaire d'autorisation de Santé Canada | |
| Carte de club | |
| Ne s'applique pas | |

Intérêts

Dites-nous quel sont vos intérêts, vos passions:

Compétences ou qualifications

Résumez les compétences et les qualifications spéciales que vous avez acquises grâce à l'emploi, au travail bénévole ou à d'autres activités, y compris les passe-temps ou les sports.

Participation au réseau communautaire VIH-sida

Veillez énumérer et décrire votre implication dans la communauté du VIH / sida et/ou d'autres types d'implication dans la communauté, ou celle que vous envisagez.

Qu'attendez-vous de cette formation?

Comment envisagez-vous d'utiliser cette formation dans votre travail communautaire?

Consentement et signature

Je certifie que les informations de ce formulaire d'inscription sont exactes et souhaite soumettre cette demande afin de participer à la formation de l'Institut de développement du leadership positif de la COCQ-sida. Module de base : Qui suis-je en tant que leader?

Nom (en lettre moulée) _____

Signature _____

Date _____

| Pour usage interne seulement | |
|-------------------------------------|--|
| Date | |
| Reçu par | |
| Note | |

Formulaire de parrainage

Veillez faire remplir cette partie par un intervenant du réseau communautaire VIH ou un professionnel de la santé.

L'institut de développement du Leadership positif volet québécois, invite toute personne vivant avec le VIH à postuler à ce cours de leadership. La formation est une opportunité de développement professionnel et non pas une retraite. Tout au long de la formation, les participants sont encouragés à se considérer comme faisant partie d'une plus grande communauté de personnes vivant avec le VIH, à valoriser et à apprécier les expériences uniques qui les accompagnent et à comprendre l'histoire et l'évolution de la lutte nationale et mondiale à l'épidémie du VIH-sida

Attentes et recommandations de la formation:

La formation se déroule au cours de quatre jours qui sont très structurés et intensifs. Bien qu'il y ait des pauses prévu, les journées sont assez longues et les personnes qui assistent à la formation devraient être présentes et participer pendant toute la durée de celles-ci. Il est recommandé aux personnes d'avoir une santé physique et mentale qui leur permette de participer pleinement aux activités.

Paramètres et limitations du cours:

Il existe des limites à ce que cette formation peut faire. Elle n'est pas conçu pour aider les personnes vivant avec le VIH à mieux vivre avec leur diagnostic et elle ne propose pas non plus d'intervention thérapeutique. Elle est conçue pour les personnes vivant avec le VIH qui s'intéressent au développement de leurs capacités de leadership et de résilience en lien avec le VIH.

Médecin / Intervenant communautaire:

Veillez indiquer en quelques phrases pourquoi :

(nom du participant) _____ est une personne vivant avec le VIH et serait un bon candidat pour la formation de développement du leadership.

Je certifie que les informations sur ce formulaire d'inscription sont exactes et que l'individu nommé sur ce formulaire a mon support.

NOM (en lettre moulée): _____

SIGNATURE: _____

DATE: _____