



Programme québécois Pairs-Aidants Réseau

FORMATION SPÉCIALISÉE EN INTERVENTION PAR LES PAIRS
du 31 mars au 10 avril 2008

FORMULAIRE D'INSCRIPTION

Transmettre votre demande d'inscription ainsi que votre pré-test
par la poste à l'attention de :

Madame Nathalie Lagueux
Inscription formation pairs-aidants
AQRP

184, rue Racine, bureau 307
Loretteville, Québec G2B 1E3

**Date de remise du formulaire d'inscription et du pré-test au plus tard
le vendredi 15 février 2008 avant 17h00.**

Date de la demande : / /

CANDIDAT (E):

Prénom : _____ Nom: _____

Date de naissance : _____

Téléphone résidence : () _____ Travail : () _____

Adresse: _____

Ville : _____ Code postal : _____

Courriel : _____

Veillez répondre aux questions suivantes selon votre situation actuelle :

1. Je vis ou j'ai vécu un trouble grave de santé mentale: **Oui:** ___ **Non:** ___
Si oui, les symptômes de votre maladie sont-ils stabilisés depuis plus d'un an? **Oui:** ___ **Non:** ___
2. Je travaille présentement comme pair-aidant : **Oui:** ___ **Non:** ___
Si oui, à quel endroit? _____
3. Je travaille dans un autre type d'emploi : **Oui:** ___ **Non:** ___
Si oui, à quel endroit? _____
4. Je suis ou j'ai été impliqué dans un groupe d'entraide : **Oui:** ___ **Non:** ___
5. Mon milieu de travail (où je travaille comme pair-aidant) me demande d'être formé :
Oui: ___ **Non:** ___
6. J'ai une promesse d'embauche de la part d'un employeur une fois que je recevrai mon certificat : **Oui:** ___ **Non:** ___
Si oui, à quel endroit? _____

Si aucun énoncé ne correspond à votre situation, s.v.p. donnez-nous une brève description de votre situation actuelle : _____



Programme québécois Pairs-Aidants Réseau, 184, rue Racine, bur. 307 Loretteville, Québec G2B 1E3,
Téléphone : (418) 842-4004, télécopieur : (418) 842-4334, pairsaidantsreseau@hotmail.com
www.aqrp-sm.org ou www.apurquebec.org



Association des personnes
utilisatrices des services de santé
mentale de la région de Québec

| S'il vous plaît, <u>signez vos initiales aux seuls énoncés qui s'appliquent à vous</u> : | |
|--|--|
| ➤ Je détiens un diplôme d'études secondaires (DES). | |
| ➤ Je détiens un diplôme d'études collégiales (DEC). Lequel? Précisez : _____ | |
| ➤ J'ai fait des études universitaires. J'ai obtenu un baccalauréat ou autres. Lequel? Précisez : _____ | |
| ➤ Je peux fournir une preuve de mes diplômes. | |
| ➤ Cela fait au moins un an que j'ai été diagnostiqué avec une maladie mentale. | |
| ➤ J'ai vécu également un trouble de dépendance (toxicomanie, alcoolisme) et je suis présentement en rétablissement depuis au moins 1 an. | |
| ➤ Je vis une stabilité et une autonomie au plan de mon fonctionnement en général. | |
| Je comprends que les pairs-aidants formés dans le cadre du programme Pairs-Aidants Réseau travaillent à partir de la perspective de leur propre expérience vécue avec la maladie mentale et de leur rétablissement. J'accepte d'être ouvert à propos du fait que j'ai été diagnostiqué comme ayant un trouble grave de santé mentale. Je comprends qu'en faisant cela, j'informe les autres de ma réalité. | |
| ➤ Oui, j'accepte de révéler mon histoire de maladie mentale et de rétablissement en respectant les valeurs du Projet Pairs-Aidants Réseau. | |
| ➤ Je comprends que Pairs-Aidants Réseau n'est pas un programme de placement en emploi ni de développement de l'employabilité. | |

Vous recevrez un **avis de confirmation de votre demande d'inscription 2 à 3 semaines suivant sa réception.**

La sélection des candidats pour la formation se fera **pour le 1er mars 2008. Svp, ne pas communiquer avec nous afin de connaître la décision rendue.** Toutes les personnes inscrites seront informées par écrit de la décision rendue concernant leur demande d'inscription après le 1er mars. Merci de votre compréhension.

Si vous avez des questions supplémentaires concernant ce formulaire, veuillez communiquer avec Madame Nathalie Lagueux au 418-842-4004.

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