



Offre de bénévolat auprès des bénéficiaires de l'Hospice général

Titre : Madame Monsieur

Date de naissance *:

(*N.B. : personnes majeures uniquement)

Nom :

Prénom :

No(s) de téléphone :

E-mail :

Adresse :

NPA/Lieu :

Profession/activités :

Langues :

Disponibilités :

Merci d'indiquer un « x » dans les cases selon vos disponibilités

	LU	MA	ME	JE	VE
Matinée					
Après-midi					
Soirée					

NB : La durée d'engagement minimum souhaitée est de 6 mois

Type d'activités souhaitées : (plusieurs choix possibles)

Animation d'atelier

(par exemple : Atelier administratif, emploi, gestion des frais médicaux, initiation internet, etc.)

Accompagnement de personnes

(par exemple : Conversation en français, etc.)

Activités dans les centres d'hébergement collectif

(par exemple : Atelier de pratique du français, Animation enfants, etc.)

Commentaires :

Date :