

**Le partenariat de l’usager et ses proches   
en santé et services sociaux : *l’usager partenaire***

*Formulaire d’inscription*

**IDENTIFICATION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Prénom : |  | | | | Nom : |  | | Date de naissance : |  |
| Téléphone (maison) : | | |  | | | | Téléphone cellulaire : |  | |
| Adresse courriel : | |  | | | | | | | |
| Meilleur moment pour vous joindre : | | | |  | | | | | |

**MOTIVATION**

|  |
| --- |
| Pourquoi êtes-vous intéressé(e) à devenir usager partenaire? |
|  |
| Comment voyez-vous votre implication comme usager partenaire (siéger aux comités, assister à l’orientation des nouveaux employés, etc.)? |
|  |
| Durant combien de temps aimeriez-vous vous impliquer? |
|  |

**EXPÉRIENCE USAGER**

|  |  |
| --- | --- |
| Souffrez-vous d’une maladie, d’un problème de santé ou d’une autre difficulté?  non  oui  Si oui, précisez : | |
| Quels services ou unités de soins ou d’hébergement avez-vous fréquentés? | Dans quelle(s) installation(s) avez-vous reçu les services ou les soins? |

**DÉCLARATION DE L’USAGER PARTENAIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Je déclare et reconnais que toutes les tâches que j’effectuerai seront non rémunérées.  En étant usager partenaire, je m’engage à respecter le code d’éthique, les règlements et les politiques de l’établissement, y compris la politique de confidentialité. | | | |
| **Signature :** |  | **Date :** |  |
| *aaaa-mm-jj* |