**Centre de Formation et Recherche Cliniques en Soins Spirituels**

**DEMANDE D’ADMISSION AU STAGE CLINIQUE EN SOINS SPIRITUELS AU CHUM**

1. **IDENTIFICATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de famille :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Prénom :** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Date de naissance :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Code permanent :** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **(Année-mois-jour)**Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Adresse de correspondance :** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | **App.** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Ville :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Province :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Code postal :** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone domicile :** Cliquez ici pour entrer du texte. | **Cellulaire :** Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Courriel :** Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **RENSEIGNEMENTS SUR LES ÉTUDES UNIVERSITAIRES[[1]](#footnote-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIVERSITÉ** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **RENSEIGNEMENTS SUR LES ÉTUDES RELIGIEUSES ET OU THÉOLOGIQUES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **ÉTUDES** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **STAGE EN SOINS SPIRITUELS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Notez que 12 crédits vous seront accordés par l’Université de Montréal pour ce programme. Souhaitez‑vous les appliquer à la formation universitaire?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Si oui, laquelle :**  | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **AUTRES FORMATIONS PERTINENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **ÉTUDES** | **ATTESTATION** | **ANNÉE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **POSTE D’INTERVENANT EN SOINS SPIRITUELS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POSTE OCCUPÉ** | **LIEU** | **ANNÉE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **OCCUPATION ACTUELLE**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **CONNAISSANCE DES LANGUES (Indiquez : excellente, très bonne, bonne, faible)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Langues** | **Oral** | **Compréhension** | **Lecture** | **Écriture** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **STAGE CLINIQUE EN SOINS SPIRITUELS**

**Si vous effectuez votre premier stage, passez directement à la page 3, personne à contacter en cas d’urgence.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Avez-vous un statut avancé avec l’ACSS?** | Cliquez ici pour entrer du texte. |

**Si oui, indiquer le lieu et la date du comité d’admission**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE** | **LIEU** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

**De quel niveau sera le stage?**

|  |  |
| --- | --- |
| **1er ou 2e stage de base** | **DATE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **1er ou 2e stage avancé** | **DATE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **PERSONNES À CONTACTER EN CAS D’URGENCE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRÉNOM ET NOM | TÉLÉPHONE | LIEN |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **RÉFÉRENCES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUPERVISEUR DE STAGE** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACADÉMIQUE** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPLOYEUR** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTRE[[2]](#footnote-2)** | PRÉNOM ET NOM | FONCTION | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

**ATTENTION :**

**Les lettres de références doivent inclure les renseignements suivants :**

* **la nature de votre lien**
* **les raisons qui motivent cette personne à vous référer**
* **les aptitudes qui vous distinguent pour accompagner les patients du CHUM au plan spirituel**
* **les aptitudes qui vous permettront d’œuvrer dans un milieu hospitalier, en équipe interdisciplinaire**
1. **POURQUOI ÊTES-VOUS INTÉRÉSSÉ À PARTICIPER À UN STAGE CLINIQUE EN SOINS SPIRITUELS? (300 MOTS)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **QUELLE EST VOTRE VISION DE LA PRATIQUE DES SOINS SPIRITUEL? (300 MOTS)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **EN QUOI VOTRE AFFILIATION OU DÉNOMINATION RELIGIEUSE POURRAIT TEINTER VOTRE TRAVAIL COMME INTERVENANT EN SOINS SPIRITUELS (300 MOTS)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **QUELS SONT LES DÉFIS OU DIFFICULTÉS QUE VOUS RENCONTREZ DANS LE DOMAINE DES SOINS SPIRITUELS ET DE QUELLE FAÇON EST-CE QUE LE PROGRAMME POURRAIT VOUS AIDER? (300 MOTS)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **QUE SOUHAITEZ-VOUS ACCOMPLIR DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DES SOINS SPIRITUELS ET QUELLES CONTRIBUTIONS PENSEZ-VOUS Y APPORTER? (300 MOTS)**

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **NOMMER TROIS FORCES ET TROIS POINTS DE VIGILANCE**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORCES** | **POINTS DE VIGILANCE** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ici pour entrer du texte. | Cliquez ici pour entrer du texte. |

1. **RÉDIGER VOTRE PORTRAIT AUTOBIOGRAPHIQUE EN INCLUANT LES POINTS SUIVANTS :**
* Vos relations avec des personnes significatives;
* La présentation de certaines expériences de croissance personnelle;
* Le parcours de votre vie spirituelle.

Cliquez ici pour entrer du texte.

1. **LE CHUM EST UN GRAND HÔPITAL OÙ LE STAGIAIRE DOIT FAIRE DES VISITES DANS LES CHAMBRES DES PATIENTS. AVEZ-VOUS UNE CONDITION DE SANTÉ QUI POURRAIT RENDRE CELA DIFFICILE ET QUI POURRAIT NÉCESSITER DES AJUSTEMENTS?**

Cliquez ici pour entrer du texte.

**N-B. Cette section doit être compléter sur des feuilles supplémentaires et vous devez les joindre à votre demande d’admission.**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Signature Date**

**INFORMATIONS AUX STAGIAIRES**

Les objectifs de cette demande d’admission au stage clinique en soins spirituels du CHUM sont :

* Évaluer votre capacité de relecture de certaines expériences personnelles, relationnelles et spirituelles et d’en tirer profit;
* Connaître vos motivations profondes à vivre cette formation;
* Valider auprès de vos références certaines aptitudes requises pour cette formation.

**AIDE-MÉMOIRE**

**Joindre s’il y a lieu :**

* Diplômes et bulletins de notes
* Une copie de vos évaluations de stages précédents (étudiant et superviseur);
* Une copie de toute reconnaissance obtenue par l’ACSS;
* Vos lettres de références avec les coordonnées;
* Votre portrait autobiographique.

**VEUILLEZ NOUS ACHEMINER LE FORMULAIRE AINSI QUE TOUS LES DOCUMENTS DEMANDÉS À L’ADRESSE SUIVANTE :**

 **Josée Tessier
Agente administrative
DSM - Services de psychologie et des soins spirituels**

**CHUM
1000,  rue Saint-Denis, Pavillon B.10.8048-01**

**Montréal (Québec) H2X 0C1**

**Téléphone : 514 890-8000 poste 25487
Télécopieur : 514 412-7274**

**Courriel :** josee.tessier.chum@ssss.gouv.qc.ca

Espace réservé au superviseur

Inscription reçue le

1. SVP, joindre les copies des diplômes ainsi que les relevés de notes [↑](#footnote-ref-1)
2. La référence ‘autre’ est obligatoire si vous effectuez votre premier stage ou si vous êtes sans emploi [↑](#footnote-ref-2)