**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 :** | | **Prénom :** | | |
| **Date de naissance : (AA – MM – JJ)** | | **Code permanent :** | | |
| **Adresse de correspondance :** | | | | |
|  | | | | **App.** |
| **Ville :** | **Province :** | | **Code postal :** | |
| **Téléphone domicile :** | | **Cellulaire :** | | |
| **Courriel :** | | | | |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UNIVERSITÉ** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **ÉTUDES** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **STAGE EN SOINS SPIRITUELS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **DIPLÔME** | **ANNÉE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Si oui, laquelle?** |  |

1. **AUTRES FORMATIONS PERTINENTES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ÉCOLE/INSTITUT** | **ÉTUDES** | **ATTESTATION** | **ANNÉE** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **POSTE OCCUPÉ** | **LIEU** | **ANNÉE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Langues** | **Oral** | **Compréhension** | **Lecture** | **Écriture** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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** |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE** | **LIEU** |
|  |  |
|  |  |

**De quel niveau sera le stage?**

|  |  |
| --- | --- |
| **1er ou 2e stage de base** | **DATE** |
|  |  |
| **1er ou 2e stage avancé** | **DATE** |
|  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| PRÉNOM ET NOM | TÉLÉPHONE | LIEN |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **RÉFÉRENCES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SUPERVISEUR  DE STAGE** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ACADÉMIQUE** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPLOYEUR** | PRÉNOM ET NOM | TITRE | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AUTRE[[2]](#footnote-2)** | PRÉNOM ET NOM | FONCTION | TÉLÉPHONE | COURRIEL |
|  |  |  |  |

**ATTENTION :**

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

* **Quel est votre lien avec la personne qui vous réfère?**
* **De quelle manière cette personne vous perçoit-elle?**
* **Quelles sont selon elle, vos aptitudes pour l’accompagnement spirituel, si cela s’applique?**
* **Quelles sont selon elle, vos aptitudes à travailler dans un milieu hospitalier ainsi qu’à œuvrer en équipe et dans un contexte interdisciplinaire? Etc.**

1. **POURQUOI ÊTES-VOUS INTÉRÉSSÉ À PARTICIPER À UN STAGE CLINIQUE EN SOINS SPIRITUELS? (300 MOTS)**

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

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

1. **QUELLES SONT VOS DÉFIS OU DIFFICULTÉS DANS CE DOMAINE D’ACTIVITÉ ET DE QUELLE FAÇON EST-CE QUE LE PROGRAMME POURRAIT VOUS AIDER? (300 MOTS)**

1. **QUE SOUHAITEZ-VOUS ACCOMPLIR DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE DU SOIN SPIRITUEL ET QUELLES CONTRIBUTIONS PENSEZ-VOUS Y APPORTER? (300 MOTS)**

1. **NOMMER TROIS FORCES ET TROIS FAIBLESSES**

|  |  |
| --- | --- |
| **FORCES** | **FAIBLESSES** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **RÉDIGER VOTRE PORTRAIT AUTOBIOGRAPHIQUE EN INCLUANT LES POINTS SUIVANTS :**

* Votre histoire familiale et vos relations avec des personnes significatives;
* La présentation de certaines expériences de croissance personnelle;
* Le parcours de votre vie spirituelle.

**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 :**

**Dominique Paré**

**Cheffe de services  
Bénévolat, animation et loisirs**

**Soins spirituels  
Direction des services multidisciplinaires    
CHUM-Pavillon D  
1000 rue Saint-Denis, porte D.01.3002  
Montréal (Québec) H2X 0C1  
Téléphone : 514 890-8000 poste 11631  
Télécopieur : 514 412-7316  
Courriel : dominique.pare.chum@ssss.gouv.qc.ca  
Site internet :**[**www.chumontreal.qc.ca**](https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=http%3A%2F%2Fwww.chumontreal.qc.ca%2F&data=05%7C01%7Cjean-bosco.gakwisi.chum%40ssss.gouv.qc.ca%7Cdb019b4224204ddfc3b208db2c9a6696%7C06e1fe285f8b4075bf6cae24be1a7992%7C0%7C0%7C638152813870812466%7CUnknown%7CTWFpbGZsb3d8eyJWIjoiMC4wLjAwMDAiLCJQIjoiV2luMzIiLCJBTiI6Ik1haWwiLCJXVCI6Mn0%3D%7C3000%7C%7C%7C&sdata=KBt44EwN37YzHEeM76C4sUL8uYOsn766G9PbBix5HhU%3D&reserved=0)

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)