



Conseil communautaire
en santé du Manitoba

FORMULAIRE DE DEMANDE

Mentorat ou bénévolat

Date de la demande : _____

Nom de l'élève : _____

No de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Adresse à domicile : _____

Ville : _____ Code postal : _____

École : _____

Demande de : mentorat bénévolat

Carrière (par ex, infirmière, aide en soins de santé, technologue en radiographie)

Objectif(s) de l'expérience : _____

Heure(s) et date(s) visée(s) : _____

Veillez remplir toutes les sections du formulaire et le donner au conseiller en orientation de votre école secondaire de la DSFM ou l'envoyer par courriel à l'adresse recrutement@ccsmantioba.ca ou télécopieur au (204)237-0984.