**Formation en pastorale clinique – Session demandée? ** Automne Hiver Printemps/Été

Nom de famille Prénom(s) Initiale du second prénom Prénom du père

Adresse Langues parlées

Ville Province Code postal Langues écrites Courriel personnel (réservé au bureau) Téléphone

Date de naissance (j/m/a)  Homme Femme Lieu de naissance Citoyenneté

Contact en cas d’urgence Relation Téléphone

Adresse

Besoins spéciaux ou mesures d’adaptation nécessaires pour votre participation à la formation en pastorale clinique

**ÉTUDES PRÉCÉDENTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UNIVERSITÉ** | **LIEU** | **CLASSIFICATION** | **DIPLÔME OBTENU** | **ANNÉES ACADÉMIQUES** |
|  |  |  | De | À |

**EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE**

temps plein

temps plein

temps plein

temps partiel

temps partiel

temps partiel

**EMPLOYEUR LIEU DE À FONCTION**

Avez-vous des troubles médicaux que nous devons connaître?

# Je certifie que toutes les déclarations sur le présent formulaire sont exactes et complètes, y compris ma déclaration de citoyenneté et de statut au Canada.

Je comprends que si mon admission ou mon inscription est approuvée sur la base de faux renseignements, L’Hôpital d’Ottawa pourrait l’annuler à sa discrétion. Je m’engage à respecter tous les règlements de L’Hôpital d’Ottawa et de l’Association canadienne de soins spirituels (ACSS).

## Nom de l’interne Date

Demande

Acceptée Rejetée

**SUPERVISEUR**

Nom en majuscules Signature Date

QUESTIONNAIRE AUTOBIOGRAPHIQUE (À REMPLIR PAR LE CANDIDAT À L’ADMISSION À LA FORMATION EN PASTORALE CLINIQUE)

## Les réponses au présent questionnaire demeureront strictement confidentielles. Vos réponses nous aideront à déterminer si notre programme répond réellement à vos besoins et à vos aspirations. La demande inclut une entrevue de sélection avec un superviseur agréé de la Formation pastorale clinique. Tout candidat dont l’anglais n’est pas la première langue pourrait également être appelé à passer une évaluation linguistique avant l’admission.

Des crédits seront accordés pour les réponses bien étayées et concises.

1. Veuillez faire votre auto-évaluation : **5** Excellent **4** Très satisfaisant **3** Satisfaisant **2** Faible **1** Ne sais pas
Capacités intellectuelles Connaissances générales Créativité Efficacité des soins spirituels

Persévérance dans le travail Maturité émotionnelle Facilité de communication interpersonnelle

1. **Donnez une description autobiographique en y incluant les renseignements suivants**

a) Famille et autres relations étroites b) Parcours professionnel et sa signification dans votre vie c) Formations significatives

d) Croissance religieuse, incluant ce qui a motivé votre vocation religieuse e) Toute autre influence significative dans votre vie

1. **Précisez les raisons qui ont motivé votre demande d’admission à la présente Formation en pastorale clinique.**
2. **Fournissez quelques objectifs a) personnels et b) professionnels :**
3. **Avez-vous soumis une demande de formation en pastorale clinique ailleurs?** Non Oui

1. **Avez-vous déjà suivi des formations en pastorale clinique?** Non Oui

DE À

Niveau de formation : Superviseur : Centre

Niveau de formation : Superviseur : Centre

Niveau de formation : Superviseur : Centre

Niveau de formation : Superviseur : Centre

1. **Décrivez brièvement une situation où on vous a demandé de fournir des soins spirituels et du soutien émotionnel. Quel était le besoin et comment y avez-vous répondu?**
2. **Décrivez l’une de vos expériences dans le milieu de la santé?**
3. **Faites-vous actuellement l’objet, ou avez-vous déjà fait l’objet, d’une plainte ou d’une enquête sur l’éthique?**

**Veuillez envoyer votre demande et tous les documents connexes au coordonnateur de la Formation en pastorale clinique, Service des soins spirituels, L’Hôpital d’Ottawa, Campus Civic, 1053, av. Carling, Ottawa, ON K1Y 4E9 ou à** **fpc@lho.ca**

Le présent document a été préparé pour l’usage exclusif de L’Hôpital d’Ottawa. L’Hôpital d’Ottawa se dégage de toute responsabilité quant à l’utilisation du présent document par toute personne ou tout organisme non affilié à L’Hôpital d’Ottawa. Il est interdit de reproduire le présent document en tout ou en partie, sous quelque forme que ce soit, sans l’autorisation de L’Hôpital d’Ottawa.