

## Recommandation pour un missionnaire des services de l'Église

**Important :** Veuillez saisir tous les renseignements ou les écrire clairement en caractères d'imprimerie. Après avoir clarifié avec le chef du département ou de l'organisation où le missionnaire aimerait servir si l'on a besoin de ce poste et quels en sont les devoirs, ce dernier remplit le présent formulaire et le signe, à la page 2 et le transmet à l'évêque. Celui-ci remplit sa partie et transmet le formulaire au président de pieu, qui remplit sa partie puis envoie le formulaire par courrier ou par fax aux coordonnateurs des missionnaires des services de l'Église. Pour toute question, appelez le 1-801-240-4914.

### Renseignements personnels

Nom et prénoms		Numéro de certificat de membre	
Adresse personnelle (rue et numéro, ville, département/province/canton, code postal, pays)		Nom d'utilisateur dans le site LDS Account	
Date de naissance (jour/mois/année)	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Situation de famille <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Célibataire	Âge des personnes à charge vivant dans le foyer.
Téléphone du domicile (avec indicatif régional)	Téléphone portable (avec indicatif régional)	Adresse électronique	
Nom de la personne à prévenir en cas d'urgence		Lien	Téléphone du domicile (avec indicatif régional)
Avez-vous déjà été arrêté(e)*? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Avez-vous été inculpé(e) d'un délit ou d'un crime*? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

\*Si « Oui », expliquez, en indiquant la date de l'arrestation, les charges et l'issue

### Renseignements sur la disponibilité

Veuillez remplir toutes les cases.

Date de début	Heures de service chaque semaine (huit heures minimum par semaine requises)	Durée du service <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> 24 mois <input type="checkbox"/> Autre : _____
---------------	---	---

Expliquez les conditions de travail, de déplacement ou de famille qui pourraient affecter votre engagement comme missionnaire des services de l'Église

### Affectation demandée

Veuillez remplir toutes les cases.

Nom du chef de département avec qui vous avez pris contact	Nom du département ou de l'organisation
Intitulé du poste	

### Études et compétences

Études <input type="checkbox"/> Secondaires <input type="checkbox"/> Supérieures	Domaine d'études	Diplôme(s) obtenu(s)		
Langue maternelle	Autre langue	Parlée <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Assez bien	Lue <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Assez bien	Écrite <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Assez bien
Dactylographie ou utilisation du clavier <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Mots/minute : _____	Expérience en informatique (traitement de texte, tableur, logiciel de présentation, etc.)			
Disposé(e) à apprendre l'informatique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Centres d'intérêt, compétences professionnelles, capacités, passe-temps			

**Carrière professionnelle** Indiquez les employeurs et les postes occupés (joignez des pages supplémentaires si nécessaire). Si vous avez été employé(e) de l'Église, indiquez le numéro d'identité d'employé.

### Renseignements concernant l'Église

Postes détenus dans l'Église		
Appel(s) actuel(s) dans l'Église		
Ancien(ne) missionnaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dates de la mission De : _____ à _____	Nom de la mission
Autres missions effectuées		



## Recommandation pour un missionnaire des services de l'Église

Nom et prénoms

### Renseignements médicaux

Santé générale <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise		Vue <input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Assez bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise		Actuellement couvert(e) par une assurance santé (si oui, indiquez le nom de la compagnie et le numéro de la police) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
1. Avez-vous actuellement ou avez-vous jamais eu les problèmes suivants ?		2. Prenez-vous actuellement des médicaments, quels qu'ils soient ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
a. Blessures ou douleurs dorsales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		3. Avez-vous consulté un médecin au cours des cinq dernières années ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
b. Maladie ou trouble cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		4. Avez-vous ou avez-vous eu d'autres problèmes ou handicaps physiques ou médicaux, dont des troubles mentaux ou émotionnels, qui sont à prendre en compte dans l'évaluation de vos qualifications pour une tâche dans l'Église ?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
c. Crises d'épilepsie, convulsions ou paralysies <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
d. Étourdissements ou pertes de connaissance <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
e. Hernie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
f. Malformation, amputation ou handicap physique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Si la réponse est « Oui » à l'un des points ci-dessus, explicitez pour chacun (utilisez des pages supplémentaires si nécessaire)

### Accord et signature du missionnaire des services de l'Église potentiel

Je comprends bien que, si je suis appelé(e), je ne serai pas employé(e) de l'Église et que je n'aurai pas droit à une rémunération financière ni à d'autres avantages professionnels liés à mon service, et que je n'en recevrai pas. Je comprends également que l'Église ne fournit aux missionnaires de ses services ni couverture médicale ni transport d'un lieu d'affection à un autre. Je comprends que je suis entièrement responsable de mes frais médicaux, y compris dentaires et ophtalmologiques et des médicaments.

J'autorise le bureau missionnaire des services de l'Église à transmettre les renseignements médicaux ci-dessus à la direction du département dans lequel je servirai si je suis appelé(e).

J'autorise également l'Église de Jésus-Christ des Saints des derniers jours à recueillir mes données personnelles, à les traiter et à les transmettre à d'autres pays, pour les besoins de l'Église, y compris les données confidentielles, en accord avec les règles de l'Église en matière de gestion des registres et de confidentialité.

Signature du missionnaire (obligatoire)	Date
---	------

**Recommandation et signature de l'évêque ou du président de branche** En signant ce formulaire, vous certifiez que le candidat est digne de détenir une recommandation à l'usage du temple et est capable d'effectuer une mission pour les services de l'Église et qualifié pour le faire.

Commentaires

Nom de l'évêque ou du président de branche en caractères d'imprimerie (obligatoire)	Nom de la paroisse ou de la branche	Numéro de l'unité
Signature de l'évêque ou du président de branche (obligatoire)		Date

Adresse personnelle (rue et numéro, ville, département/province/canton, code postal, pays)

Téléphone du domicile (avec indicatif régional)	Téléphone professionnel (avec indicatif régional)	Téléphone portable (avec indicatif régional)	Adresse électronique
---	---	--	----------------------

**Recommandation et signature du président de pieu ou du président de mission** En signant ce formulaire, vous certifiez que le candidat est digne de détenir une recommandation à l'usage du temple et est capable d'effectuer une mission pour les services de l'Église et qualifié pour le faire.

Commentaires

Nom du président de pieu ou de mission en caractères d'imprimerie (obligatoire)	Nom du pieu ou de la mission	Numéro de l'unité
Signature du président de pieu ou de mission (obligatoire)		Date

Adresse personnelle (rue et numéro, ville, département/province/canton, code postal, pays)

Téléphone du domicile (avec indicatif régional)	Téléphone professionnel (avec indicatif régional)	Téléphone portable (avec indicatif régional)	Adresse électronique
---	---	--	----------------------