|  |  |
| --- | --- |
|  Nom de votre syndicat |  |

Logo du syndicat

**ENGAGEMENT PERSONNEL COMME MEMBRE DU**

**RÉSEAU ENTRAIDE**

Un réseau d’entraide en milieu de travail est formé par des pairs qui souhaitent contribuer à améliorer la solidarité et la qualité de vie au travail. Le travail de la personne entraidante s’effectue sur une base volontaire. Son rôle est de DÉTECTER, ABORDER, ÉCOUTER ET RÉFÉRER ses collègues confrontés à une situation difficile dont l’origine peut être professionnelle, personnelle ou familiale.

Le mandat de l’entraidant(e) est :

* D’offrir une aide sans contrainte, d’égal à égal et ce de façon confidentielle
* D’accueillir les demandes d’aide
* D’écouter avec empathie et bienveillance
* Obtenir l’autorisation préalable de la personne aidée avant de divulguer des renseignements confidentiels à une tierce partie
* De diriger rapidement vers des ressources reconnues
* De soutenir et accompagner pendant la démarche
* D’effectuer, au besoin, un bref suivi auprès de la personne aidée

Les membres du réseau d’entraide :

* Relèvent du comité d’entraide ou directement de l’exécutif syndical selon la structure en place
* Ne jouissent d’aucun statut professionnel particulier. Leurs conditions de travail sont les mêmes que celles reliées à leur statut d’emploi.
* Acceptent d’être identifiés comme membre du réseau d’entraide dans leur milieu de travail
* Obtiennent l’autorisation préalable de leur supérieur hiérarchique avant de s’absenter dans les situations spéciales occasionnant une libération momentanée ou un déplacement
* Participent aux sessions de formation et activités de ressourcement prévues à leur intention
* Acceptent de produire un rapport sommaire de leurs activités à des fins statistiques
* Évitent la constitution de dossiers personnels des personnes auprès desquelles ils interviennent et s’ils prennent des notes, ils prennent aussi les mesures suffisantes pour en assurer l’étanchéité

Enfin, ils s’abstiennent de tout conflit d’intérêt en ne se constituant pas une clientèle privée à même les personnes qui ont recours à son aide bénévole.

Je reconnais avoir pris connaissance de ce document et en accepte le contenu.

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_