



CANADIAN COUNSELLING AND
PSYCHOTHERAPY ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE
COUNSELING ET DE PSYCHOTHÉRAPIE

Formulaire de candidature au poste de Représentant des étudiants de l'ACCP

Nom de l'étudiant: _____	N° de membre: _____
Adresse: _____	Mois de renouvellement: _____
Ville, province: _____	
Code postal: _____	Institution : _____
Téléphone : _____	Programme : _____
Courriel : _____	Remise de diplôme (mm/aa): _____

Statut de membre au sein d'autres associations liées au counseling : _____

Citez vos compétences et expériences pertinentes au poste :

Pourquoi souhaitez-vous devenir Représentant étudiant à l'ACCP?

Veillez envoyer une copie à votre Directeur (voire notre site web) et une copie au Siège social (voir ci-dessous)

** Si disponible. S.-V.-P. attachez un CV académique et d'autres documents pertinents*

Association canadienne de counseling et de
psychothérapie
114-223 Colonnade Rd. S
Ottawa (Ontario)
K2E 7K3

Téléphone : 613-237-1099 ou 1-877-765-5565 (sans frais)
Télécopieur : 613-237-9786
Courriel : monika@ccpa-accp.ca
Site Web : www.ccpa-acc.ca