Conseiller(ère) Canadien(ne) Certifié(e) (CCC)   
PREMIER PARCOURS: Formulaire de stage

SVP soumettre un formulaire de stage pour chaque locale ou vous avez complété un stage comme indiqué sur votre relevé de notes. LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS.

|  |
| --- |
| 1. **Information du candidat** |
| Nom (prénom et nom de famille):  (autre nom légal): |
| Adresse (numéro et rue):  (ville, province, code postal): Click here to enter text. |
| Courriel: |
| Téléphone (domicile): (cellulaire):  (bureau): (télécopieur): |
|  |
| 1. **Information du cours et de l’endroit de stage** |
| Numéro et titre de cours: Click here to enter text. |
| Nom de votre superviseur de stage: Click here to enter text.  Dates de stage (mm/aa) – (mm/aa): Click here to enter text. |
| Nom de l’institution ou locale de stage: |
| Adresse: |

La section ci-dessous réfère au superviseur de stage qui est présent sur les lieux et prend responsabilité pour le travail du candidat. Les superviseurs de stage sur les lieux doivent répondre aux critères de qualification des superviseurs.

|  |
| --- |
| 1. **Information et qualifications du superviseur sur les lieux** |
| Nom du superviseur: |
| Titre et nom du local de stage: |
| Contact: (tel): (courriel): |
| Diplôme(s) d’études supérieures et spécialisation(s): |
| Vos désignations/adhésions professionnelles quand vous avez supervisé le candidat: |
| Est-ce que vous aviez au moins **quatre années d’expérience en counseling après votre diplôme d’étude supérieures** quand vous avez commencé à superviser le candidat?  Non  Oui |
| Combien d’heures de supervision est-ce-que vous avez fournis au candidat **chaque semaine**? |
| Quelle type(s) de supervision est-ce-que vous avez fournis au candidat (notez chaque option sui s’applique):  Observation directe  Sessions enregistres  Co-counseling  Consultation auprès des cas  Rencontres aux cours  Autre – SVP expliquez: |
| Y a-t-il une raison pour laquelle vous ne devriez pas être considéré comme superviseur appropriée (considérez un conflit d’intérêt, conflit en rôles professionnel et/ou personnelle, relation personnelle, manque de connaissance du travail clinique du candidat, ou les connaissances des capacités du candidat ne sont pas au courant, etc.)?   Non  Oui |

SVP soumettre un formulaire de description du stage pour chaque locale de stage. L’ACCP exige un minimum d’heures de counseling direct auprès des clients. SVP consultez notre site web pour de l’information sur les exigences et un parcours alternatif disponible pour les candidats avec moins que le minimum d’heures requis.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4. Superviseurs supplémentaires.** Veuillez nommer tous les superviseurs supplémentaires sur les lieux, un par colonne. | | | |
| Nom du superviseur supplémentaire sur les lieux: | Superviseur 1: | Superviseur 2: | Superviseur 3: |
| Diplôme(s) d’études supérieures et spécialisation(s): |  |  |  |
| Adhésions professionnelles / désignations au moment où vous avez supervisé le postulant : |  |  |  |
| Aviez-vous **au moins quatre ans d’expérience dans le counseling post-universitaire** avant d’avoir commencé à superviser le postulant? | Non  Oui | Non  Oui | Non  Oui |
| Quel pourcentage du counseling clinique de l’étudiant avez-vous supervisé? Ex, 10% de leurs cas cliniques. |  |  |  |
| La supervision fournie au postulant était-elle controlee par un superviseur supérieur? Si oui, veuillez identifier son nom: | Non  Oui: | Non  Oui : | Non  Oui : |

|  |  |
| --- | --- |
| **5. Heures de stage** | |
| **Nombre d’heures de counseling direct avec les individus, couples et/ou familles:**  NOTEZ: Les heures de contact direct auprès des clients incluent l’animation ou la co-animation de séances de thérapie en temps réel à un individu, un couple, une famille ou un groupe et la direction d’activités d’évaluation. On acceptera le counseling d’une seule séance et les activités d'évaluation. Le temps consacré à la prise des renseignements initiaux et aux activités de psychoéducation ne peut pas dépasser 25 % du nombre total d’heures de counseling direct auprès des clients. | Nombre d’heures: |
| **Heures de counseling de groupe:**  NOTEZ: Ces heures sont en plus des heures notez ci-dessus. Ils rédigent directement au travail avec les groupes. L’ACCP recommande fortement qu’au moins 20 heures soit consacrées au counseling en contexte de groupe, mais ceci n’est pas obligatoire. | Nombre d’heures: |
| **Nombre total d’heures de stage:**  NOTEZ: Le nombre d’heures totales sur les lieux devraient être le total de vos heures de counseling ci-dessus ainsi que le nombre d’heures que vous avez complété en services indirectes. Les services indirectes incluent la tenue des dossiers, les réunions, la planification, etc. Le nombre total d’heures de stage devraient être le montant total d’heures que vous étiez au local de votre stage. | Nombre total d’heures: |

|  |
| --- |
| Caractéristiques de la clientèle cible (âge, milieu, problématique typique etc.) :        Décrivez la nature des services de counseling fournis et les interventions théoriques utilisées : |
| Sommaire des activités de counseling et d’autres activités professionnelles dans lesquelles les  stagiaires ont participé (svp indiquer la moyenne d’heures par semaine, ou le pourcentage de temps dévoué à chaque activité – ne dépassant pas 100% pour l’ensemble des activités): |
| * La prise des renseignements initiaux: * Séances de counseling: * Counseling de groupe: * Évaluations: * Tenue de dossiers: * Supervision: * Consultation: * Autre activitiés: |

Le candidat peut compléter et signer le formulaire, mais le professeur/superviseur de stage doit signer pour confirmer l’information, et l’envoyer directement au Bureau National. Si vous avez des difficultés complétant les exigences, SVP contactez le Bureau national.

Si vous avez des difficultés à compléter la composante du stage pour les conditions pour la certification, veuillez lire le guide de certification de l’ACCP concernant les options alternatives et les heures de counseling clinique.

**Signature du candidat:** **Date** :

Et soit :

Nom du superviseur:

**Signature**: **Date** :

OU BIEN

Nom et titre du superviseur sur les lieux (imprimé) :

**Signature : Date :**

Veuillez retourner ce formulaire pas la poste, par télécopieur ou par courriel à :   
Association canadienne de counseling et de psychothérapie  
6 - 203 rue Colonnade S  
Ottawa, ON, K2E 7K3  
Téléc. : 613-237-9786  
Courriel : [certification@ccpa-accp.ca](mailto:certification@ccpa-accp.ca)