



Membre étudiant de L'ACCP - Formulaire de statut étudiant

Veillez noter que ce formulaire doit accompagner une demande d'adhésion ou de renouvellement afin d'être traité.

1. Information de l'étudiant

Nom: _____	N ^o de membre: _____
Adresse: _____	Mois de renouvellement: _____
Ville, Province: _____	Code postal: _____
Téléphone: _____	Courriel: _____
Institution: _____	
Programme: _____	
Remise de diplôme (MM/AA): _____	

Membre étudiant :

Pour être admissible à un montant de cotisation réduit à titre d'étudiant, la personne doit être actuellement inscrite à un programme de premier cycle, à un certificat post-baccalauréat ou à un programme menant à l'obtention d'un diplôme, d'une maîtrise ou d'un doctorat en counseling ou dans un domaine connexe.

2. Approbation de l'établissement postsecondaire

En apposant ma signature ci-dessous, je certifie que l'étudiant dont le nom apparaît ci-dessus est inscrit à un tel programme et que je suis **un membre ou un employé** du département de l'établissement postsecondaire auquel il est inscrit.

Nom: _____	Date: _____
Position: _____	Téléphone: _____
Courriel: _____	*Signature: _____

Veillez remplir et nous renvoyer à :

L'Association canadienne de counseling et de psychothérapie
202 - 245 Menten Place
Ottawa, ON, K2H 9E8

Téléphone: (613) 237-1099
Sans-frais: 1-877-765-5565
Télécopieur: (613) 237-9786
Site Web: www.ccpa-accp.ca

Courriel: membership@ccpa-accp.ca