



Conseiller(ère) canadien(ne) certifié(e) (CCC) DEUXIÈME PARCOURS: Formulaire d'expérience de travail

Ce formulaire peut être accédé par les candidats en vertu de la Loi sur la liberté d'information.

Ce formulaire est pour les candidats du DEUXIÈME PARCOURS. Il documente l'expérience de travail en counseling du candidat dans les cinq dernières années. Veuillez envoyer un formulaire par employeur. Une définition du counseling et des normes d'exercices sont disponibles le site Web de l'ACCP.

LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS.

1. Information du candidat

Nom: Prénom: _____ Nom de famille: _____
Autres noms légaux: _____

Adresse: Numéro et rue: _____
Ville, Province, Code postal: _____

Courriel: Courriel: _____

Téléphone: (domicile): _____ (cellulaire): _____
(bureau): _____ (télécopieur): _____

2. Information sur l'endroit de l'emploi

Nom de l'agence ou de l'institution: _____

Numéro et rue: _____

Ville, Province, Code postal: _____

Gérant ou superviseur: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

3. Pratique du candidat

Titre du poste du candidat: _____

Dates de l'emploi (mm/aa - mm/aa): _____

Combien d'heures **par semaine** le candidat était-il employé? (valeurs numériques uniquement) _____

Environ combien de séances de counseling le candidat a-t-il organisées **chaque semaine**? _____

Quelle était la durée de chaque séance? _____

Quel est le nombre total d'heures de consultation directe avec les clients que vous avez fournies au cours de votre emploi au cours des 5 dernières années? _____

Décrivez brièvement les caractéristiques de la clientèle et la nature des **interventions de counseling individuel, de couple ou de famille** fournies par le candidat:

Quel est le nombre total d'heures de counseling de groupe que vous avez fournies pendant votre emploi au cours des 5 dernières années?

Décrivez brièvement les caractéristiques de la clientèle du groupe et la nature des **interventions en counseling de groupe** effectuées par le candidat:

Veillez résumer le temps (sous forme de pourcentage ou d'heures hebdomadaires) que le candidat a consacré à diverses activités au cours de son emploi.

Heures de counseling direct

Heures de counseling indirect

Prise de renseignements initiaux: _____

Tenue de dossiers: _____

Séances de counseling: _____

Supervision: _____

Counseling de groupe: _____

Consultation: _____

Évaluations: _____

Autres activités (veuillez décrire): _____

6. Attestation (**REQUIS**)

ATTESTATION: J'atteste de l'exactitude de cette information. Je suis disposé à répondre à d'autres questions concernant cette évaluation si l'ACCP le juge nécessaire. Je comprends et consens à être contacté afin de donner suite aux informations fournies sur le formulaire d'expérience de travail CCC.

Le candidat et l'employeur doivent co-signer à l'exactitude de l'information. Dans le cas de personnes exerçant en pratique privée, le formulaire d'expérience de travail CCC doit toujours être signé par un professionnel indépendant capable de parler de la véracité et de l'exactitude des informations fournies;

l'auto-attestation du demandeur n'est pas suffisante.

*Si une signature numérique est fournie par l'un ou l'autre des employeurs, le formulaire doit être envoyé à l'ACCP directement de la personne qui a fourni la signature numérique par courriel.

*Signature du candidat: _____ *Date: _____

Nom de l'employeur (imprimé): _____

*Signature de l'employeur: _____ *Date: _____

Veillez envoyer ce formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel à:

Association canadienne de counseling et de psychothérapie

202 - 245 Menten Place

Ottawa, ON, K2H 9E8

Télécopieur: 613-237-9786

Courriel: certification@ccpa-accp.ca