



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: _____

Adresse: _____

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: membershipadmin@ccpa-accp.ca