



Conseiller(ère) canadien(ne) certifié(e) (CCC) PREMIER PARCOURS: Formulaire de stage

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 PREMIER PARCOURS. Veuillez envoyer un formulaire par lieu de stage.

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. Cours de stage et information du lieu de stage

Code du cours et titre: _____

Nom de votre professeur du cours de stage: _____

Dates du stage (mm/aa) - (mm/aa): _____

Nom du lieu du stage: _____

Adresse du stage: _____

Cette section se réfère au superviseur de stage sur place qui assume la responsabilité principale du travail de l'étudiant. Les superviseurs sur place doivent avoir participé à des activités de supervision formelles et satisfaire aux exigences de qualification. Tous les autres superviseurs doivent être énumérés à la Section 4.

3. Information du superviseur de stage sur place

Nom du superviseur sur place: _____

Lieu de travail et titre du poste: _____

Courriel: _____ Téléphone: _____

Diplôme(s) : _____ Spécialisation(s): _____

Énumérez vos adhésions / désignations professionnelles au moment de la supervision du candidat:

Avez-vous au moins 4 ans d'expérience en counseling post-universitaire au moment où vous avez établi une relation de supervision avec l'étudiant?
 Non Oui

Combien d'heures de supervision avez-vous fourni au candidat chaque semaine? (valeurs numériques): _____

Quel(s) type(s) de supervision avez-vous fourni au candidat? (cochez chaque option qui s'applique):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Consultation de cas | <input type="checkbox"/> Observation directe |
| <input type="checkbox"/> Rencontres aux cours | <input type="checkbox"/> Séances enregistrées |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier): | <input type="checkbox"/> Co-counseling / co-faciliter |

Y a-t-il une raison pour laquelle vous ne devriez pas être considéré comme superviseur approprié?(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

Les candidats doivent indiquer tous les superviseurs supplémentaires ayant fourni de la supervision formelle sous la Section 4 ci-dessous, le cas échéant. Tout superviseur supplémentaire qui ne correspond pas à cette page doit être identifié à l'ACCP.

4.A. Superviseurs supplémentaires. Veuillez nommer tous les superviseurs supplémentaires, un par colonne.

Nom du superviseur supplémentaire:		
Diplôme(s) d'études supérieures et spécialisations:		
Adhésions / désignations professionnelles au moment dont la supervision a eu lieu:		
Le superviseur a-t-il eu au moins 4 ans d'expérience post-universitaire en counseling avant de superviser le candidat?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Quel pourcentage des consultations directes avec les clients de l'étudiant a-t-il supervisé? Ex: 10% de leurs cas cliniques.		

4.B. Superviseur du superviseur. Veuillez énumérer toutes les personnes qui ont supervisé la supervision fournie au candidat.

Nom du superviseur: _____

Lieu de travail et nom du poste: _____

Courriel: _____ Téléphone: _____

Diplôme(s) supérieur(s): _____ Spécialisation(s): _____

Énumérez leurs adhésions / désignations professionnelles lors de la supervision:

Avait-il au moins 4 ans d'expérience en counseling post-universitaire lors de la supervision?

Non Oui

Individu ayant été supervisé: _____

5.A. Normes d'exercice (veuillez vous référer à la définition sur le site Web de l'ACCP)

Décrivez brièvement la clientèle (âge, milieu, problème de présentation typique, etc.):

Décrivez la nature des services en counseling offerts et les interventions théoriques utilisées:

--

5.B. Heures de stage

Nombre total d'heures:

Heures de counseling direct avec les individus, les couples et les familles:

Temps passé à travailler directement avec les clients offrant une thérapie en temps réel.

Heures de counseling de groupe additionnelles:

Temps passé à travailler avec des groupes. Ces heures sont additionnelles aux heures au-dessus.

Nombre total d'heures sur les lieux:

Il s'agit du nombre total d'heures passées sur les lieux, incluant vos heures de contact direct avec les clients au-dessus, les heures de counseling de groupe au-dessus et le temps alloué aux services indirects (prise de notes, rédaction des rapports, supervision, recherche, consultation, préparation, etc.).

Veillez résumer le temps (en forme de pourcentage, dans la limite de 100%, ou en nombre d'heures hebdomadaires, dans la limite du 40h/semaine) consacré par le candidat à diverses activités au cours de ce stage.

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): _____

*Veillez noter que la prise de renseignements initiaux et l'évaluation ne peut dépasser 25% du nombre total d'heures de counseling.

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 de stage CCC.

Le demandeur peut remplir le formulaire et le signer. Ce formulaire doit être vérifié avec la signature d'un superviseur sur place ou d'un professeur de stage pouvant attester de l'exactitude des informations contenues dans ce formulaire.

*Si le professeur du stage ou le superviseur sur place fournit une signature numérique, le formulaire doit être envoyé à l'ACCP directement de la personne qui a fourni la signature numérique par courriel.

Signature du candidat: _____ Date: _____

Et soit:

Nom et titre du professeur de stage (imprimé): _____

Signature: _____ Date: _____

OU

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

Signature: _____ 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