



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

L'ACCP recommande que le cosignataire soumette le formulaire directement au siège social. Une fois le formulaire reçu par l'ACCP, il ne peut être modifié ou retiré. Veuillez noter que les candidats peuvent accéder au formulaire avec le consentement du cosignataire ou sous la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques. Ce formulaire s'applique au PREMIER PARCOURS. Veuillez envoyer un formulaire par placement.

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 clinique primaire qui assume la responsabilité principale du travail de l'étudiant. Les superviseurs cliniques primaires 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 clinique primaire

Nom du superviseur clinique primaire: _____
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 par semaine de supervision avez-vous fourni au candidat? (*valeurs numériques*): _____

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

- Consultation de cas Observation directe
 Rencontre aux cours Séances enregistrées
 Autre (*veuillez spécifier*): Co-counseling / co-faciliter

Comment avez-vous assuré la supervision? (*cochez chaque option qui s'applique*):

- En personne Clavardage vidéo (Doxy, Zoom, Skype, etc.)
 Téléphone Méthodes asynchrone (courriel, SMS, d'une autre manière qui n'est pas en direct)
 Autre (*veuillez spécifier*):

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. Champ de pratique (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:**

Veuillez indiquer le nombre total d'heures que le candidat a passées à offrir du counseling direct aux clients, du counseling de groupe et du temps total passé sur votre lieu de stage dans la colonne de droite. Le registraire qui évalue votre dossier doit également connaître, pour chacun de ces trois types de services, la répartition de l'ensemble des activités sous chacune des rubriques. Veuillez également cocher toutes les activités dans lesquelles vous vous êtes engagé sur votre lieu de stage et indiquer dans la colonne de droite le pourcentage approximatif de temps que vous avez passé à chaque activité (ex. veuillez indiquer 100% dans la colonne de droite).

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.

*Prise de renseignements initiaux: _____ Psychoéducation: _____

Séances de counseling: _____ Autres activités (veuillez décrire) : _____

*Évaluations: _____

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

Heures de counseling de groupe additionnelles:

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

Thérapie de groupe : _____ Séances de groupes manuelles : _____

Psychoéducation de groupe : _____

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.).

Comment le candidat a-t-il fourni les services de counseling? Veuillez cocher chaque type de méthodes de prestation de services utilisées pendant le stage, et à côté de chacune, indiquez approximativement le pourcentage de vos séances qui ont été offertes à l'aide de cette plateforme. (Par exemple, si vous avez fait toutes vos sessions en personne, cochez en personne et indiquez 100% à côté, mais si vous avez fait du clavardage vidéo à moitié et l'autre moitié en personne, vous devez cocher ces deux types et indiquer 50% à côté de chacun).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> En personne | <input type="checkbox"/> Clavardage vidéo (Doxy, Zoom, Skype, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Téléphone | <input type="checkbox"/> Méthodes asynchrone (courriel, SMS, |
| <input type="checkbox"/> Autre (veuillez spécifier) : | <input type="checkbox"/> d'une autre manière qui n'est pas en direct) |

6. COVID-19

Le COVID-19 a-t-il eu un impact négatif sur votre capacité à accumuler des heures de contact direct avec les clients?

Non Oui (veuillez spécifier): _____

7. Attestation (**REQUIS**)

ATTESTATION (veuillez cocher chaque case ci-dessous pour indiquer votre accord):

J'atteste de l'exactitude des informations contenues dans ce formulaire. Je suis prêt à répondre à des questions supplémentaires concernant cette évaluation si l'ACCP le juge nécessaire. Je comprends et j'accepte d'être contacté dans le cadre du suivi des informations fournies sur ce formulaire.

Je confirme que dans le cadre des exigences du cours de stage, une évaluation formelle des compétences cliniques de l'étudiant a été effectuée par le professeur du stage de stage et/ou le superviseur clinique.

Je confirme que l'étudiant a réussi l'évaluation mentionnée ci-dessus.

Avez-vous des préoccupations concernant l'aptitude du candidat à exercer, y compris, mais sans s'y limiter, des préoccupations concernant ses pratiques éthiques et compétentes? Toutes les préoccupations dont je suis au courant seront divulguées au registraire. Non Oui *Si oui, veuillez décrire:

Êtes-vous au courant des préoccupations concernant l'aptitude du candidat à pratiquer soulevées par d'autres éducateurs, superviseurs cliniques, superviseurs administratifs, clients ou autres personnes impliquées dans la formation pratique du candidat? Toutes les préoccupations dont je suis au courant seront divulguées au registraire. Non Oui *Si oui, veuillez décrire:

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 de stage ou le superviseur de stage 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: _____

Veuillez envoyer le formulaire par la poste/télécopieur/courriel au:
Association canadienne de counseling et de psychothérapie
202 - 245 place Menten, Ottawa, ON, K2H 9E8
Télécopieur: 613-237-9786; Courriel: certification@ccpa-accp.ca