CANADIAN COUNSELLING AND PSYCHOTHERAPY ASSOCIATION
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE COUNSELING ET DE PSYCHOTHÉRAPIE

Formulaire de demande - Superviseur(e) clinique canadien(ne) (SCC)

TROISIÈME PARCOURS: FORMATION DE SUPERVISEUR CLINICIEN

Titre de superviseur(e) clinique obtenu par l'entremise d'une autre association canadienne ou internationale dont les normes sont équivalentes ou plus rigoureuses que celles de l'ACCP.

NOTEZ : LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS

1. Information du candidat

No de membre de l'ACCP:

Prénom : **Nom de famille :**

Autres noms légaux :

Numéro et rue :

Ville, Province, Code postal :

Domicile: **Cellulaire:** **Bureau:**

Courriel: _____

2. Documentation: les documents suivants DOIVENT ÊTRE JOINTS à cette demand pour démontrer l'achèvement des exigences.

☐ **Documentation d'expérience clinique :**
Fournir une documentation établissant clairement un minimum de cinq (5) années d'expérience clinique post-universitaire en tant que conseiller en exercice ou une expérience pertinente équivalente au cours des 10 dernières années, avec un minimum de 800 heures par année. Cette expérience doit avoir été acquise après l'obtention du diplôme de maîtrise ou plus dans le domaine du counseling ou dans un domaine connexe. Parmi les types de documentation à fournir, citons une lettre d'attestation d'emploi de la part d'un employeur ou d'un comptable ou une auto-déclaration/auto-attestation comportant suffisamment de détails pour confirmer que ce critère a été satisfaite.

☐ **Sommaire d'historique des emplois :**
Soumettre un CV à jour ou un portfolio résumant l'historique des emplois, y compris les postes occupés, les lieux, les tâches et les coordonnées des employeurs et/ou superviseurs.

☐ **Sommaire d'historique de formation en supervision clinique :**
Soumettre un bref résumé de votre formation en supervision clinique (ex. ateliers, cours, stages en milieu de travail et/ou expérience en supervision.

☐ **Titre de superviseur clinicien équivalent :**
Fournir la documentation qui inclut un adresse URL qui présente la preuve des normes associées au titre de superviseur clinique ou au diplôme et qui sont équivalentes ou supérieures aux normes préconsiées par l'ACCP. La démonstration d'équivalence doit démontrer en détail comment les normes du titre sont équivalentes à chaque exigence pour le titre de SCC de l'ACCP.

☐ **Expérience en supervision:**
Le candidat a effectué au minimum un total de vingt (20) heures de supervision clinique à horaire régulier au cours des deux (2) dernières années. Veuillez revoir les activités acceptables dans le Guide du SCC. Il faut énoncer clairement le nombre de supervisés pris en charge, la fréquence et la durée des séances de supervision clinique, les modalités de la supervision et les méthodes mises en œuvre, ainsi que le nombre total d'heures de supervision fournies. La preuve de ce qui précède peut consister, entre autres, en une attestation d'emploi émise par une agence et un CV précisant les détails de ce qui précède. On peut également accepter une auto-déclaration/auto-attestation suffisamment détaillée.

3. Déclarations :

- Je confirme que je suis membre en règle avec l'ACCP.
- J'accepte de m'engager dans un développment professionel continu dans le domaine de supervision. Chaque période de renouvellement (3 ans), les superviseurs certifiés doivent compléter six (6) Crédits d'Éducation Permanente (CÉPs) dans le domaine de supervision clinique.
- Je confirme que je n'ai aucun dossier criminel.
- Je confirme en outre que je n'ai aucun historique de conduite personnelle et professionnelle qui entre contradiction avec le Code déontologique et les Normes d'exercices de l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie. Plus spécifiquement, je confirme chacune des déclarations suivantes:
  1) Je n'ai pas présentement de plainte éthique qui fait l'objet d'une enquête par une association, un ordre professionnel, ou un(e) système/entité légale;
  2) Je n'ai jamais été l'objet d'une enquête de déontologie ayant donné lieu à des mesures disciplinaires (y compris les mesures de réhabilitation, de réparation ou de correction requises);
  3) Je n'ai jamais été cité dans une poursuite au civil;
  4) Je n'ai jamais essuyé de refus d'adhésion à une association professionnelle ou d'inscription à un ordre professionnel en lien avec le counseling ou un domaine connexe;
  5) Je n'ai jamais été refusé(e) ou congédié(e) d'un emploi basé sur ma conduite.

  Si je ne peux pas confirmer tous les énoncés ci-dessous, je vais joindre une lettre d'explications détaillées qui sera prise en compte dans l'analyse de ma demande pour l'adhésion.

  - Je confirme que je possède une assurance responsabilité professionnenlle pour ma pratique en tant que conseiller(ère) et en tant que superviseur(e).
  - Je confirme que j'ai lu, compris et je m'engage à pratiquer en conformité avec le Code de déontologie et les Normes d'exercices de l'ACCP.

Je certifie que l'information fournie dans cette demande est véridique est complète au meilleur de mes connaissances et croyances. Je comprends que toute certification qui m'a été accordée par l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie ne spécifie pas en elle-même l'autorisation d'exercer le counseling ou la supervision moyennant des frais monétaires ou autres. Si l'ACCP m'accorde la certification et je pratique le counseling ou la supervision, je le fais à mes propres risques. Par la présente, je dégage l'ACCP de toute responsabilité et/ou réclamation pouvant découler de toute décision de pratiquer à titre privé en tant que Superviseur(e) clinique canadien(ne).

À des fins de recherche et de statistique uniquement, les données résultant de ma participation à ce processus peuvent être utilisées de manière non identifiable. Je comprends également que ma certification dépend de mon obligation à satisfaire aux critères de certification requis y compris la mise en pratique du code de déontologie de l'ACCP. Je comprends que toute la documentation devient la propriété de l'ACCP dès leur réception et que les versions originales ne me seront pas retournées.

Signature du candidat: _____

4. Paiement

Le paiement peut se faire en ligne en se connectant au Portail de membre à https://members.ccpa-accp.ca

Frais d'évaluation = $150
Frais de renouvelement annuel = $35 (remboursable sur demande si votre application est refusée)
Total = $185

Veuillez 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

PRINT FORM