



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

**NOTEZ: LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS**

### 1. Information du candidat

#### Nom:

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Autres noms légaux : \_\_\_\_\_

#### No de membre de l'ACCP:

\_\_\_\_\_

#### Adresse :

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville, Province, Code postal : \_\_\_\_\_

#### Courriel :

Courriel : \_\_\_\_\_

#### Téléphone :

(domicile) : \_\_\_\_\_ (cellulaire) : \_\_\_\_\_

(bureau) : \_\_\_\_\_ (télécopieur) : \_\_\_\_\_

### 2. Documentation

#### Les documents suivants **DOIVENT ÊTRE JOINTS** à cette demande :

- Un bref sommaire de la nature de la supervision **fournie** au cours des trois (3) dernières années (18 heures requises, dont 9 devant être des heures de supervision directe), y compris le registre des dates, la durée des séances, le statut du supervisé (étudiant universitaire ou supervisé de deuxième cycle) et le contexte de pratique du supervisé (p. ex. service de counseling en milieu scolaire, au collégial, à l'université, clinique de santé mentale communautaire, cabinet privé).
- Fournir une preuve d'avoir rempli les exigences relatives à la formation continue. À chaque période (3 ans), les superviseurs certifiés doivent compléter 6 CÉP dans le domaine de la supervision.

### 3. Déclarations

- Je confirme que je possède une assurance responsabilité professionnelle.
- Je confirme que j'ai bien lu, compris et je m'engage à pratiquer en conformité avec le *Code de déontologie* et les *Normes d'exercices pour les conseillers* de l'ACCP.
- Je m'engage à conformer au *Code de déontologie* et aux *Normes d'exercices* de l'ACCP, surtout en ce qui concerne les limites de compétences de superviseur à l'égard des domaines de pratique des supervisés et des modalités de traitement que j'utilise.

### 3. Déclarations (suite)

- Je certifie que tous les renseignements contenus ou cités dans la demande de renouvellement du titre de SCC sont complets, exacts et ne comportent pas d'éléments faux ou trompeurs.

**\*Signature:** \_\_\_\_\_

**\*Date:** \_\_\_\_\_

Veillez soumettre le formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel à:

Association canadienne de counseling et de psychothérapie

202 - 245 place Menten,

Ottawa, ON, K2H 9E8

Télécopieur : 613-237-9786

Courriel [cec@ccpa-accp.ca](mailto:cec@ccpa-accp.ca)

## REGISTRE DE SUPERVISION CCC-S

Date	Durée de la séance	Statut/Adhésion du supervisé(e)	Cadre de pratique	Type(s) de supervision fournie
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs Autre : _____ <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement  <input type="checkbox"/> Supervision de supervision                     </div>
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs Autre : _____ <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement  <input type="checkbox"/> Supervision de supervision                     </div>
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs Autre : _____ <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement  <input type="checkbox"/> Supervision de supervision                     </div>
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs Autre : _____ <div style="float: right;"> <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement  <input type="checkbox"/> Supervision de supervision                     </div>

**Nombre total d'heures de supervision :**

18 heures par période de renouvellement (3 ans).

9 de ces heures doivent être de la supervision directe \_\_\_\_\_

**\*Signature:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## REGISTRE DE SUPERVISION CCC-S

Date	Durée de la séance	Statut/Adhésion du supervisé(e)	Cadre de pratique	Type(s) de supervision fournie
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____

**Nombre total d'heures de supervision :**

18 heures par période de renouvellement (3 ans).

9 de ces heures doivent être de la supervision directe \_\_\_\_\_

**\*Signature:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## REGISTRE DE SUPERVISION CCC-S

Date	Durée de la séance	Statut/Adhésion du supervisé(e)	Cadre de pratique	Type(s) de supervision fournie
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____

**Nombre total d'heures de supervision :**

18 heures par période de renouvellement (3 ans).

9 de ces heures doivent être de la supervision directe \_\_\_\_\_

**\*Signature:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## REGISTRE DE SUPERVISION CCC-S

Date	Durée de la séance	Statut/Adhésion du supervisé(e)	Cadre de pratique	Type(s) de supervision fournie
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____
				<input type="checkbox"/> Observation directe <input type="checkbox"/> Supervision en directe <input type="checkbox"/> Co-thérapie <input type="checkbox"/> Supervision structuré entre pairs <input type="checkbox"/> Revue d'enregistrement <input type="checkbox"/> Supervision de supervision Autre : _____

**Nombre total d'heures de supervision :**

18 heures par période de renouvellement (3 ans).

9 de ces heures doivent être de la supervision directe \_\_\_\_\_

**\*Signature:** \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_