



## partie A: Renseignement sur le demandeur

Nom :	
Nom à marquer sur le certificat Adresse :	
Courriel :	Numéro de téléphone :
Langue préférée :	<input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français
Compétance linguistique anglaise/française:	<input type="checkbox"/> Tous les cours que j'ai suivis pour ma maîtrise en counseling étaient offerts en anglais ou en français <input type="checkbox"/> J'ai réussi l'examen de compétences linguistiques en français ou en anglais. Un exemplaire officiel de mon évaluation est annexé à ma demande. Je comprends qu'il faudra peut-être que je fasse un autre examen si celui-ci ou mes résultats à celui-ci ne sont pas satisfaisants.
Genre (comment vous souhaitez être désigné(e) - facultatif) :	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non binaire <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre genre : _____

## Partie B: Études poste secondaire

### Baccalauréat(s)

Diplôme et Majeur :	
Université / établissement et lieu :	date :
Diplôme et Majeur (2) :	
Université / établissement et lieu :	date :

### Diplôme(s) d'études supérieures

Diplôme et Majeur :	
Université / établissement et lieu :	date :
Diplôme et Majeur (2) :	
Université / établissement et lieu :	date :

### Certificate/Diploma

Name :	
Université / établissement et lieu :	date :

## partie C: Stage de maîtrise

150 heures de contact direct avec les clients + 150 heures de contact indirect = 300 heures

Le ou la professeur(e) de stage ou le ou la superviseur(e) clinique de stage doit remplir et soumettre le formulaire de description de stage.

### Stage(s)

Superviseur (es) :	
Poste et employeur :	Qualifications professionnelles :
Corriel :	Téléphone :
Superviseur(es) en milieu de travail :	
Position/Employer:	Qualifications professionnelles :
Corriel :	Téléphone :

### Stage 2

Superviseur (es) :	
Poste et employeur :	Qualifications professionnelles :
Corriel :	Téléphone :
Superviseur(es) en milieu de travail :	
Position/Employer:	Qualifications professionnelles :
Corriel :	Téléphone :

## partie D: Références professionnelles (deux)

*Les répondant(e)s doivent remplir et soumettre le formulaire de référence professionnelle. Les références doivent détenir une maîtrise et être en mesure d'attester de vos compétences en counseling au cours des dix (10) dernières années.*

Nom du répondant :	No d'immatriculation :
Lien professionnel avec le demandeur :	Association professionnelle dont fait partie le répondant :
Corriel :	Téléphone :

Nom du répondant (2):	No d'immatriculation :
Lien professionnel avec le demandeur :	Association professionnelle dont fait partie le répondant :
Corriel :	Téléphone :

## partie E: Cours de cycle supérieur suivis (sur les relevés de notes officielle)

Les candidat(e)s doivent avoir complété un total de neuf (9) cours de niveau supérieur dans des domaines précis auprès d'un établissement accrédité acceptable. Le contenu de ces cours fera l'objet d'une évaluation. Les candidat(e)s doivent remplir et soumettre le formulaire de description des cours de cycles supérieurs dans le cadre de leur demande. Les cours seront vérifiés à l'aide du relevé de notes universitaire.

## partie F: Titres de compétence professionnelle et adhésions professionnelles

Énumérez d'abord les associations professionnelles de counseling pertinentes desquelles vous avez obtenu une licence ou une accréditation. Énumérez aussi les associations ou les organismes qui vous ont refusé l'adhésion ou qui ont révoqué votre adhésion pour une raison ou une autre. Les candidat(e)s sont tenu(e)s de fournir une lettre de bonne réputation délivrée par un organisme ayant l'autorité d'accepter et de traiter les plaintes à l'égard de ses membres.

### Organization(s)

Nom complet de l'organisme :	
Titre de compétence :	No de membre/d'immatriculation/de licence :

Nom complet de l'organisme :	
Titre de compétence :	No de membre/d'immatriculation/de licence :

## partie G: Assurance responsabilité professionnelle

Conformément à la Loi sur les conseillers et conseillères thérapeutes agréés, les CTA-C doivent détenir une assurance responsabilité professionnelle d'un montant minimal de deux millions de dollars (2 000 000 \$) par réclamation. Cette couverture peut être fournie par votre employeur, le cas échéant. À défaut, vous devez détenir votre propre assurance. Veuillez fournir les renseignements applicables ci-dessous :

- Je suis actuellement couvert(e) par une assurance responsabilité professionnelle en tant que conseiller(ère), thérapeute ou psychothérapeute avec la police d'assurance suivante :

Company	Policy #	Expiry Date
---------	----------	-------------

- Mon assurance responsabilité professionnelle pour toute thérapie auquel je participe est souscrite par mon employeur. Je joins le formulaire confirmation de l'assurance par l'employeur de mon employeur dans laquelle il confirme ma couverture.

## partie H: Curriculum vitae

Soumettre un curriculum vitae à jour précisant votre scolarité, vos antécédents professionnels et votre bénévolat en counseling.

## partie I: Vérification du casier judiciaire

Une vérification du casier judiciaire effectuée au cours des douze (12) derniers mois est requise et doit être obtenue auprès de la GRC ou d'un service de police régional. Les copies numériques envoyées directement par l'autorité émettrice sont acceptées; si le document est protégé par un mot de passe, celui-ci doit être fourni. Les copies numérisées sont également acceptées, à condition que le sceau officiel ou le filigrane soit clairement visible et que le document n'ait fait l'objet d'aucune modification.

Si vous êtes dans l'impossibilité d'obtenir une vérification du casier judiciaire par les moyens traditionnels, vous pouvez fournir une vérification policière approfondie provenant d'une source reconnue, telle que MyBackCheck.com. Veuillez joindre ce(s) document(s) au reste de la présente demande.

## partie J: Declaration

Je n'ai jamais fait l'objet d'un processus disciplinaire ni d'une décision ayant révoqué ou suspendu mon adhésion ou mon immatriculation d'aucune association professionnelle de counseling qui délivre des permis ou des licences au Nouveau-Brunswick ou dans une autre province. (Si vous avez fait l'objet d'un processus disciplinaire ou d'une révocation ou d'une suspension de votre adhésion ou de votre immatriculation d'une association professionnelle de counseling, ne signez pas la présente déclaration. Fournissez les détails sur une feuille séparée.)

Je n'ai jamais été reconnu coupable ni accusé d'infraction criminelle.

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

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire et tous les documents qui l'accompagnent sont exacts et, tenant compte de ce fait, je désire devenir membre du Collège des conseillers et conseillères thérapeutes agréés du Nouveau-Brunswick comme conseiller thérapeute agréé ou conseillère thérapeute agréée (CTA) ou comme candidat-conseiller thérapeute agréé ou candidate-conseillère thérapeute agréée (C-CTA). Je m'engage à respecter le Code de déontologie et les Normes d'exercice du CCTNB. Si le CCTNB m'accorde une LICENCE et que je pratique le counseling comme praticien indépendant, je le fais à mes propres risques. Par la présente, je dégage le CCTNB de toute responsabilité et de toute réclamation pouvant découler de toute décision d'exercer à titre privé comme conseiller ou conseillère thérapeute agréé. Je comprends que tous les documents soumis au Collège deviennent la propriété du Collège dès leur réception, et que ni les documents originaux ni les photocopies ne me sont retournés à moins d'indication contraire dans la correspondance.

\*Conformément aux Règlements administratifs du CCTNB, le Code de déontologie et les Normes d'exercice adoptés par le CCTNB sont le Code de déontologie et les Normes d'exercice de l'Association canadienne de counseling et de psychothérapie.

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

