

**COLLÈGE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES THÉRAPEUTES AGRÉÉ-E-S DU NOUVEAU-BRUNSWICK**

**Demande d'adhésion – demandeurs réguliers ou admissibles à la reconnaissance des acquis**

Soumettre la présente demande et tous les documents requis en format PDF au :  
**Collège des conseillers et conseillères thérapeutes agréés du Nouveau-Brunswick**  
 C.P. 2020 Succ. Vaughan Harvey Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 0T3  
 506-830-5280

**FORMULAIRE 1**

*Pour d'autres renseignements, reportez-vous au Guide pour la préparation d'une demande d'adhésion pour demandeurs réguliers ou admissibles à la reconnaissance des acquis et aux Exigences relatives à l'immatriculation sur le site Web [cctnb.ca](http://cctnb.ca).*

✓	<b>EXIGENCES</b> – Utilisez la liste de vérification ci-dessous pour vous assurer que vous avez numérisé et inclus tous les documents exigés. <i>Veillez à remplir toutes les sections de chaque page comme indiqué.</i>	À l'usage du Collège
	A. DEMANDEUR : nom, adresse, numéro de téléphone, adresse courriel, langue, case de la signature écrite/numérique, compétence linguistique anglaise/française (formulaire 1).	
	B. ÉTUDES POSTSECONDAIRES : remplir cette section pour ainsi indiquer votre consentement à l'accès à vos renseignements sur vos études.	
	C. STAGE DE MAÎTRISE : formulaire de description du stage ( <a href="#">formulaire 2</a> ) signé par un cadre, le professeur superviseur ou un représentant de l'université <b>et envoyé directement à notre bureau.</b>	
	D. RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES : <b>deux</b> références professionnelles (en utilisant le <a href="#">formulaire 3</a> ). Les formulaires doivent être remplis <b>et envoyés directement à notre bureau par vos répondants.</b>	
	E. COURS DE COUNSELING DE CYCLE SUPÉRIEUR. Études postsecondaires – un relevé de notes officiel de votre diplôme de premier cycle PLUS un relevé de notes de votre diplôme d'études supérieures ou de tous les cours de counseling de cycle supérieur suivis envoyés directement par l'établissement d'enseignement à notre bureau. <b>Envoyez aussi le <a href="#">formulaire 4</a> ou le <a href="#">formulaire 5</a> au CCTNB.</b>	
	F. ENTENTE DE SUPERVISION ( <a href="#">formulaire 6</a> ) (À remplir conjointement par le demandeur et le superviseur proposé)	
	G. DEMANDE DU SUPERVISEUR PROPOSÉ ET ENTENTE ( <a href="#">formulaire 7</a> )	
	H. EXPÉRIENCE EN COUNSELING PROFESSIONNEL	
	I. TITRES DE COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE ET ADHÉSIONS PROFESSIONNELLES	
	J. PHOTOCOPIE DE L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE avec protection de deux (2) millions de dollars	
	K. CURRICULUM VITAE : soumettre un curriculum vitae à jour précisant votre scolarité, vos antécédents professionnels et votre bénévolat en counseling. (format PDF)	
	L. VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE ET DES ANTÉCÉDENTS EN VUE D'UN TRAVAIL AUPRÈS DE PERSONNES VULNÉRABLES émise par les services policiers ou la GRC de votre région – (doit avoir été émise au cours des six derniers mois) (format PDF)	
	M. DÉCLARATION SIGNÉE	
	<b>DERNIERS RAPPELS</b> – Envoyer les documents numérisés et le paiement des frais de demande non remboursables de 100 \$ PLUS la cotisation au Collège (voir tableau des montants calculés au prorata sur le site Web). SEULS les paiements par chèque sont acceptés ( <b>les cartes Visa et MasterCard ne sont pas acceptées</b> ).	

J'ai pris les dispositions nécessaires pour que les documents exigés soient envoyés au registraire du CCTNB. Je comprends que le comité d'immatriculation n'étudiera pas ma demande avant qu'il n'ait reçu ces documents. Je comprends que je suis responsable de répondre à toutes les demandes relatives aux documents envoyés au Collège.

*CCTNB-Formulaire 1-Demande d'adhésion – demandeurs réguliers ou admissibles à la reconnaissance des acquis*

Je comprends également que ma demande ne sera pas étudiée tant que les frais de demande non remboursables ET ma cotisation de membre n'auront pas été payés par chèque au Collège des conseillers et conseillères thérapeutes agréés du Nouveau-Brunswick et que le chèque n'aura pas été traité par la banque.

En apposant mes initiales dans cette case, j'accepte les conditions susmentionnées et consens à ce que le CCTNB vérifie les renseignements fournis lorsqu'il le juge nécessaire. Je comprends qu'en apposant mes initiales dans cette case, je sou mets ma demande et que ces initiales sont considérées comme ma signature.

**Avis important :** N'envoyez pas votre demande avant que vous puissiez y inclure tous les documents demandés à l'exception de ceux à être envoyés par d'autres personnes, organismes ou institutions. Si vous envoyez votre demande par courriel, veuillez envoyer TOUS les documents demandés en format PDF seulement. (Voir les instructions ci-dessous.)

**INSTRUCTIONS POUR CONVERTIR UN DOCUMENT WORD EN FORMAT PDF :**

- \* Dans le menu de MS-Word, sélectionnez Fichier – Enregistrer sous
- \* Dans la fenêtre qui s'affiche, sélectionnez l'endroit où vous voulez enregistrer votre document.
- \* Puis cliquez sur la flèche du menu déroulant des types (formats) de fichiers et sélectionnez PDF dans ce menu.
- \* Cliquez sur le bouton « Sauvegarder ».

**A. (1) DEMANDEUR** (Veuillez inscrire votre nom légal en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Prénom

\_\_\_\_\_  
Deuxième prénom ou initiale

\_\_\_\_\_  
Nom de famille

\_\_\_\_\_  
Adresse : (rue, C. P., R.R.)

\_\_\_\_\_  
Municipalité

\_\_\_\_\_  
Province

\_\_\_\_\_  
Code postal

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (jour)

\_\_\_\_\_  
Numéro de téléphone (soir)

\_\_\_\_\_  
Courriel

\_\_\_\_\_  
Nom du site Web :

\_\_\_\_\_  
Langue préférée : Anglais \_\_\_\_\_ Français \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom devant figurer sur le certificat :

Je **désire** que mon nom figure sur le site Web du CCTNB.  Je **ne veux pas** que mon nom figure sur le site Web du CCTNB.

**A. (2) COMPÉTENCE LINGUISTIQUE ANGLAISE/FRANÇAISE** Cocher (✓) une réponse ci-dessous et remplir au besoin.

TOUS les cours que j'ai suivis pour ma maîtrise en counseling étaient offerts en anglais ou en français.

J'ai réussi l'examen de compétences linguistiques en français ou en anglais suivant : \_\_\_\_\_  
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.

**B. ÉTUDES POSTE SECONDAIRE : J'autorise l'accès à mes renseignements universitaires énumérés ci-dessous.**

ETUDES	Université / établissement et lieu		MM/AA	Diplôme	Majeur
Baccalauréat(s)	1				
	2				
Diplôme(s) d'études supérieures	1				
	2				

**C. STAGE DE MAÎTRISE (150 heures de contact direct avec les clients + 150 heures de contact indirect = 300 heures)**  
**(Les demandeurs qui ont fait leur stage après 2013 doivent aussi remplir le formulaire 2 – Description du stage.)**

	Nom	Poste et employeur	Qualifications professionnelles	Courriel et numéro de téléphone
Stage 1 – superviseur				
Stage 1 – superviseur en milieu de travail				
Stage 2 – superviseur				
Stage 2 – superviseur en milieu de travail				

**D. RÉFÉRENCES PROFESSIONNELLES** (deux) : inscrire les renseignements de chacun de vos répondants ci-dessous. Les répondants doivent aussi remplir le **formulaire de références professionnelles (formulaire 3)** qu'ils soumettent directement au CCTNB à l'adresse indiquée sur ce formulaire. Au moins un formulaire de références professionnelles doit être rempli par un superviseur de stage ou un superviseur en milieu de travail.

Nom du répondant : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_

Lien professionnel avec le demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Association professionnelle dont fait partie le répondant : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Nom du répondant : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Téléphone (jour) : \_\_\_\_\_

Lien professionnel avec le demandeur : \_\_\_\_\_ Téléphone (soir) : \_\_\_\_\_

Association professionnelle dont fait partie le répondant : \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

**E. COURS DE COUNSELING DE CYCLE SUPÉRIEUR SUIVIS FIGURANT SUR LES RELEVÉS DE NOTES (remplir le formulaire 4 ou 5)**

Inscrire tous les cours de counseling de niveau de la maîtrise et de cycle supérieur que vous avez suivis à l'aide de ceux énumérés dans le tableau ci-dessous à titre d'exemple. S'assurer que le contenu du cours dans votre description correspond au contenu dans la liste des descriptions générales de cours.

**Remarque**

1. Il faut joindre un **syllabus de cours** pour tous les cours que vous énumérez. Vous devez dresser une liste d'au moins dix (10) cours.
2. Un **relevé officiel de notes** de l'établissement/des établissements où les cours énumérés ci-dessous ont été suivis doit être envoyé directement du bureau du registraire de l'établissement au CCTNB. **Envoyez aussi un relevé de notes officiel de votre diplôme de premier cycle.**
3. **En plus des quatre cours obligatoires énumérés ci-dessous**, au moins cinq des autres cours de cycle supérieur que vous avez suivis doivent être choisis parmi les « autres cours » énumérés ci-dessous. Bien que les titres de cours puissent différer, leur contenu doit être similaire. Les autres cours suivis au niveau de la maîtrise ou du cycle supérieur devraient aussi figurer sur votre liste ci-dessous et être confirmés dans votre relevé de notes universitaire.

Cours obligatoires					
	N° du cours	Catégorie	Titre du cours que vous avez suivi	Crédits	Date
1		<b>Théorie du counseling</b>			
2		<b>Stage en counseling</b>			
3		<b>Compétences en counseling</b>			
4		<b>Éthique (si requis par votre programme d'étude)</b>			

**Autres cours :** Il faut choisir un minimum de cinq (5) cours de trois (3) crédits parmi les cours suivants : Processus d'évaluation, Éthique professionnelle en counseling, Théorie du développement de carrière, Counseling de groupe, Cadres spécialisés, Stratégies d'intervention, Méthodes de consultation, Méthodes en évaluation, Questions relatives aux groupes spéciaux, Développement et apprentissage humains, Développement personnel et vocationnel, Développement vie-carrière, Questions de genres/d'égalité des sexes, Psychologie éducationnelle, Counseling vie-carrière, Recherche et évaluation. Il faut inscrire ci-dessous ces cinq (5) cours et tous les autres énumérés sur votre relevé de notes d'études supérieures ou de maîtrise.

Autres cours					
	N° du cours	Catégorie	Titre du cours que vous avez suivi	Crédits	Date
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

**F. ENTENTE DE SUPERVISION : (à remplir conjointement par le demandeur et le superviseur proposé) (formulaire 6)**

*La relation de supervision entre le demandeur et le superviseur doit être libre de tout lien de dépendance.*

*Vérifier les autres critères de sélection du superviseur sur le site Web du CCTNB.*

La PROCHAINE PARTIE comporte deux sections que le **demandeur admissible à la reconnaissance des acquis ou le demandeur régulier et le superviseur proposé** doivent remplir ensemble. Les demandeurs admissibles à la reconnaissance des acquis doivent avoir effectué 500 heures de counseling (dont 200 heures de contact direct avec des clients) et 25 heures de supervision. Les demandeurs réguliers doivent avoir effectué 2 000 heures de counseling (dont 800 heures de contact direct avec des clients) et 50 heures de supervision. À l'heure actuelle, les superviseurs doivent remplir la section G, avoir le titre de conseiller thérapeute agréé, posséder au moins cinq ans d'expérience en counseling, suivre un cours de supervision approuvé par le conseil d'administration du Collège au cours de l'année suivant le commencement de leur rôle de superviseur et détenir une assurance responsabilité professionnelle avec une protection de 2 millions de dollars.

**Autres exigences**

1. La supervision est répartie comme suit : la moitié des heures susmentionnées en supervision en personne et la moitié en supervision indirecte, pour le nombre total d'heures requises.
2. La supervision ne s'effectue pas entre pairs, c'est-à-dire entre des personnes ayant des qualifications, un statut et une expérience équivalents.
3. Un superviseur ne peut pas être un membre de la famille actuelle ou antérieure ni une autre personne avec qui la relation personnelle risquerait de faire obstacle à l'établissement d'une relation professionnelle.
4. Une personne qui exerce une fonction de gestionnaire par rapport au demandeur et qui a des tâches d'évaluation du travail ou de la gestion des cas n'est pas considérée comme étant dans une position pour évaluer la qualité de la thérapie prodiguée à un client.
5. Les superviseurs en milieu de travail ou les superviseurs de stage liés au stage de maîtrise du demandeur ne peuvent pas assurer la supervision du demandeur à l'immatriculation.

**L'ENTENTE DE SUPERVISION DOIT ÊTRE REMPLIE, NUMÉRISÉE ET ENVOYÉE PAR COURRIEL À INFO@CCTNB.CA.**

**G. DEMANDE DU SUPERVISEUR PROPOSÉ ET ENTENTE : *Le superviseur proposé doit avoir le titre de conseiller thérapeute agréé. (formulaire 7)***

Le formulaire de renseignements concernant le superviseur proposé doit être rempli, numérisé et envoyé par courriel à l'adresse info@cctnb.ca.

**H. EXPÉRIENCE EN COUNSELING PROFESSIONNEL :** *énumérer les plus récents antécédents en counseling thérapeutique. Ne pas énumérer plus de 2 000 heures, ou plus de deux (2) à cinq (5) ans de travail en counseling. Le travail effectué bénévolement auprès d'un organisme enregistré peut constituer un maximum de 20 % des heures.*

Remarque : Pour être admis, les demandeurs admissibles à la reconnaissance des acquis doivent avoir effectué au moins 500 heures de counseling, dont 200 en contact direct avec les clients. Pour les demandeurs réguliers, il n'existe aucune exigence en matière d'heures de counseling pour devenir membre.

***Heures de contact direct avec le client s'entend des heures passées directement en séance de counseling.  
(Une séance de 45 minutes équivaut à une heure de contact direct avec le client.)***

Employeur : \_\_\_\_\_ Période d'emploi : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Votre poste/titre : \_\_\_\_\_

Description des responsabilités en matière de counseling (**Précisez le nombre d'heures par semaine de contact direct avec les clients et le nombre de semaines passées dans le poste.**) \_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Période d'emploi : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Superviseur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Votre poste/titre : \_\_\_\_\_

Description des responsabilités en matière de counseling (**Précisez le nombre d'heures par semaine de contact direct avec les clients et le nombre de semaines passées dans le poste.**) \_\_\_\_\_

**I. 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.

Nom complet de l'organisme : \_\_\_\_\_

Titre de compétence : \_\_\_\_\_ N° de membre/d'immatriculation/de licence \_\_\_\_\_

Nom complet de l'organisme : \_\_\_\_\_

Titre de compétence : \_\_\_\_\_ N° de membre/d'immatriculation/de licence \_\_\_\_\_

Nom complet de l'organisme : \_\_\_\_\_

Titre de compétence : \_\_\_\_\_ N° de membre/d'immatriculation/de licence \_\_\_\_\_

**J. ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE** : *Comme le précisent les règlements administratifs, les candidats-conseillers thérapeutes agréés (C-CTA) doivent avoir une assurance responsabilité professionnelle d'au moins deux (2) millions de dollars. Il peut s'agir d'une assurance que votre employeur souscrira ou a souscrite en votre nom. Sinon, vous devez avoir votre propre assurance avant de commencer votre pratique de counseling en tant que C-CTA. Veuillez fournir les renseignements pertinents ci-dessous :*

Je suis actuellement couvert/couverte par une assurance responsabilité professionnelle en tant que conseiller/conseillère, thérapeute ou psychothérapeute avec la police d'assurance suivante :

Compagnie : \_\_\_\_\_ N° de police \_\_\_\_\_ Date d'échéance : \_\_\_\_\_ Confirmation d'assurance ci-jointe.

Mon assurance responsabilité professionnelle pour toute thérapie ou tout counseling auquel je participe est souscrite par mon employeur. Je joins une lettre de mon employeur dans laquelle il confirme ma couverture.

Je n'ai pas d'assurance responsabilité professionnelle, mais je souscrirai une assurance protection dès l'approbation provisoire de ma demande. Je comprends que je ne peux pas commencer les contacts directs avec les clients ni commencer à accumuler des heures supervisées pour obtention de l'immatriculation en tant que C-CTA avant que le CCTNB ait reçu la confirmation de l'assurance.

**K. CURRICULUM VITAE** : *Soumettre un curriculum vitae à jour précisant votre scolarité, vos antécédents professionnels et votre bénévolat en counseling. (Format PDF)*

**L. VÉRIFICATION DU CASIER JUDICIAIRE ET VÉRIFICATION DES ANTÉCÉDENTS EN VUE D'UN TRAVAIL AUPRÈS DE PERSONNES VULNÉRABLES** - *émises par les services policiers municipaux ou la GRC de votre région. Inclure ce(s) documents(s) (en format PDF) avec les autres documents de la présente demande.*

## M. DÉCLARATION

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.

X \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

X \_\_\_\_\_  
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.*

X \_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

X \_\_\_\_\_  
Date

***Veillez consulter le tableau sur le site Web du CCTNB pour déterminer la cotisation que vous devez payer au CCTNB.***

***La cotisation est payable par chèque seulement. Veuillez l'envoyer par la poste.***

**COLLÈGE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES THÉRAPEUTES AGRÉÉS DU  
NOUVEAU-BRUNSWICK**

**C.P. 2020, SUCC. VAUGHAN HARVEY  
MONCTON (NOUVEAU-BRUNSWICK) E1C 0T3**

**506-830-5280**

**info@cctnb.ca**