

## FORMULAIRE D'ADHÉSION 2017-2018

**Veillez noter attentivement** que **la date limite de renouvellement est le 1er octobre** de chaque année. Après cette date, toute adhésion non-renouvelée entraîne le retrait de l'inscription du membre du site internet ainsi que du répertoire. **Des frais de réouverture de dossier de 25 \$ s'appliquent à tout renouvellement fait en retard.** Le retour d'un chèque sans provision entraîne automatiquement une pénalité de 25 \$. De plus, **en cas d'annulation du renouvellement durant l'année, il n'y a aucun remboursement au prorata** sauf pour des cas de force majeure soumise et acceptée par le Conseil d'administration.

Prénom & nom

No. de membre CITRAC

Date de naissance

### Adresse de résidence

No. Civique, rue

( )  
tél. résidence

Ville

( )  
tél. cellulaire

Code postal

courriel

### Adresse(s) professionnelles(s) pour le répertoire des membres sur le site web de la CITRAC

#### Bureau I

No. Civique, rue

( )  
tél.

Ville

site web

Code postal

courriel

#### Bureau II

No. Civique, rue

( )  
tél.

Ville

site web

Code postal

courriel

### Langue de travail (veuillez cocher SVP)

Français

Anglais

Autre  \_\_\_\_\_

### Services offerts

Veuillez cocher que les services pour lesquels vous avez reçu les attestations de formation.

Thérapie individuelle	___	Accompagnement du deuil	___
Thérapie de couple	___	Animation de groupe	___
Relation d'aide et sexualité	___	Supervision	___
Conférences	___	DESA –Option recherche	___
Régulation	___	DESA	___
Enfants/Ado	___	Dessin et ANDC	___

### Clientèles visées – veuillez cocher un maximum 4 clientèles

Adultes	___	Gestionnaires d'entreprises	___
Hommes	___	Personnes retraitées	___
Femmes	___	Déficiência intellectuelle	___
Personnes âgées	___	Aidants naturels	___
Enfants/Ados	___	Victimes d'acte criminel	___
Parents	___	LGBT	___
Couples	___	Immigrants et choc culturel	___

### Travail thérapeutique

Il est obligatoire de compléter un minimum **de 9 heures de thérapie** à l'ANDC **par année** sous forme de thérapie individuelle, relationnelle, de régulation. Sachez qu'une régulation par année est obligatoire et une supervision au trois ans.

## Travail thérapeutique (suite)

Veillez compléter les informations suivantes et fournir les attestations confirmant le tout :

**J'ai fait un minimum de neuf heures de thérapie à l'ANDC au cours de la dernière année.**

**Nom du thérapeute**

Date : Attestation jointe : Oui  Non

**J'ai effectué au moins une régulation au cours de la dernière année.**

**Nom du régulateur**

Date : Attestation jointe : Oui  Non

**J'ai effectué au moins une supervision au cours des trois dernières années.**

**Nom du superviseur**

Date : Attestation jointe : Oui  Non

## Formation continue:

Notez que les seules formations reconnues par la CITRAC sont celles dont les attestations auront été fournies au secrétariat. Veuillez donc inclure avec votre demande d'adhésion ou votre renouvellement, selon le cas, tous les diplômes et attestations que vous n'avez pas déjà fournis. Veuillez prendre note que seuls les diplômes et certificats que vous aurez obtenus au CRAM seront mentionnés sur le répertoire des membres sur notre site web.

**Il est obligatoire de faire au moins 20 heures de formation continue par année** en lien avec la relation d'aide : sous la forme de formation au CRAM, à l'université ou dans toute autre maison d'enseignement reconnue ou sous forme de participation à des ateliers, des conférences, des séminaires offerts par des organisations réputées sérieuses.

**De ces 20 heures de ressourcement, un minimum de 15 heures consécutives par année doit être consacré au ressourcement à l'ANDC.**

## Formation continue (suite)

J'ai fait au moins 5 heures de ressourcement au cours de la dernière année (d'oct. 2016 à sept. 2017).

Précisez: \_\_\_\_\_

## Le ressourcement à l'ANDC est offert par le CRAM.

J'ai complété un minimum de 15 heures consécutif de ressourcement à l'ANDC.

Précisez: \_\_\_\_\_

Complété au CRAM au cours de la dernière année (date et nom de la formation)

Précisez: \_\_\_\_\_

**Veillez noter que si vous omettez de vous conformer aux obligations de ressourcement, votre renouvellement ne sera pas accepté.**

## INFORMATION CONFIDENTIELLE

### Autres renseignements professionnels

Avez-vous déjà été poursuivi pour une faute professionnelle ?    Oui                       Non

Précisez: \_\_\_\_\_

Si vous avez répondu non, quelle est votre dernière année d'adhésion ? \_\_\_\_\_

## Déclaration, termes et conditions

**J'ai pris connaissance de l'ensemble des conditions d'adhésion** et je demande mon admission à la Corporation Internationale des Thérapeutes en Relation d'Aide du Canada (CITRAC) et affirme sur mon honneur que les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts, complets et font état de mon cheminement thérapeutique et de mon ressourcement au cours de la dernière année. Une fausse déclaration rend la présente demande invalide. Toute admission obtenue sous fausse représentation sera automatiquement annulée. En signant ce document, j'accepte les termes et conditions ci-dessus

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

\_\_\_\_\_  
signé dans la municipalité de :

\_\_\_\_\_  
Date de la signature :