

FORMULAIRE D'ADHÉSION 2018-2019

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	___	Déficiences intellectuelles	___
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 .

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: _____

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 :