



## Conseiller(ère) canadien(ne) certifié(e) (CCC) Formulaire de recommandation

L'ACCP recommande que le répondant soumette le formulaire directement au Bureau national.

Une fois que la référence est reçue par l'ACCP, elle ne peut être modifiée ou retirée. Veuillez noter que les références **ne sont pas** confidentielles; elles doivent être envoyées directement par la personne ayant complété la référence et peuvent être consultées par le candidat sur demande officielle, avec ou sans le consentement de la personne, ou sur demande du candidat en vertu de la loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE). Dans le cas où une mauvaise référence est un facteur principal ou contributif d'un résultat autre que l'approbation complète du titre de C.C.C., le registraire peut partager avec le demandeur les renseignements qu'il détient à son sujet.

Les références doivent être remplies par des conseillers, formateurs de conseillers ou superviseurs de counseling du niveau de deuxième cycle ou plus qui n'ont aucun conflit d'intérêts ou relationnel avec le candidat. Les répondants doivent attester aux compétences de counseling pendant les derniers dix ans. Les candidats qui suivent le DEUXIÈME PARCOURS doivent soumettre un formulaire de recommandation complété par un superviseur clinique qui s'est engagé dans des activités de supervision formelles d'après les critères de CCC et qui peut attester des compétences du candidat.

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITÉS**

### 1. Information du candidat

**Nom:** \*Prénom: \_\_\_\_\_ \*Nom de famille: \_\_\_\_\_  
Autre nom légal: \_\_\_\_\_

**Adresse:** \*Numéro et rue: \_\_\_\_\_  
\*Ville, Province, Code postal: \_\_\_\_\_

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

**Téléphone:** (domicile): \_\_\_\_\_ (cellulaire): \_\_\_\_\_  
(bureau): \_\_\_\_\_ (télécopieur): \_\_\_\_\_

### 2. Information de la référence

**Nom de la référence:** \*Prénom: \_\_\_\_\_ \*Nom de famille: \_\_\_\_\_

**Info de l'employeur:** \*Employeur: \_\_\_\_\_  
\*Titre du poste: \_\_\_\_\_  
\*Courriel: \_\_\_\_\_ \*Téléphone: \_\_\_\_\_

**Education:** \*Diplôme(s): \_\_\_\_\_  
\*Spécialisation(s) Diplôme: \_\_\_\_\_

Énumérez vos adhésions / désignations professionnelles au moment du travail avec le candidat:

\*À quel moment étiez-vous familier avec les compétences en counseling du candidat? (mm/aa - mm/aa)

à

### 3. Relation professionnelle avec le candidat

À quel titre avez-vous connu le candidat? Veuillez cocher tout ce qui s'applique.

- superviseur de stage clinique primaire     superviseur clinique  
 professeur d'université (stage)     supervisé (supervisé par le candidat)  
 professeur d'université (autres cours)     collègue  
 employeur  
 autre (*veuillez expliquer*): \_\_\_\_\_

\*Veuillez spécifier ci-dessous l'endroit où la relation professionnelle a eu lieu:  
\_\_\_\_\_

\*Y'a-t-il une raison pour laquelle vous ne devriez pas être considéré comme référence appropriée? (conflit d'intérêt, conflit professionnel et/ou personnel, Supervisé par le candidat, relation personnelle, manque de connaissance du travail clinique du candidat, etc.)     Non     Oui

### 4. Supervision (*seuls les superviseurs indiqués dans la Section 3 doivent remplir cette section*)

Aviez-vous au moins quatre années d'expérience en counseling après votre diplôme d'études supérieures quand vous avez commencé à superviser le candidat?     Non     Oui     N/A

Veuillez indiquer la fréquence de la supervision avec le candidat (cochez la case qui convient):

- Hebdomadaire     Au besoin     Occasionnellement     Autre: \_\_\_\_\_

\*Quel était le nombre total d'heures de supervision fournies au candidat?(valeurs numériques) : \_\_\_\_\_

Quel(s) type(s) de supervision avez-vous fourni au candidat? (cochez la case qui convient):

- Observation directe     Consultation de cas  
 Sessions enregistrées     Rencontres aux cours  
 Autre (*veuillez spécifier*):     Co-counseling / co-facilitation

### 5. Évaluation de compétences professionnelles de counseling (basé sur le code et les normes de l'ACCP, les compétences de counseling personnel, de couple/famille, ou de groupe doivent être évaluées)

	Haut	Moyen	Faible	Ne peut évaluer
Counseling individuel/de couple *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling de couple/de famille *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counseling de groupe *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilité d'établir et maintenir une relation d'aide efficace avec les clients.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilité de travailler vers le changement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilité de gérer la terminaison et fin de thérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démontre sensibilité à la diversité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intégrité personnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités de consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aisance dans les relations avec les collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Objectivité au travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Haut	Moyen	Faible	Ne peut évaluer
Souci du bien-être des clients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sens des responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnaissance de ses propres limites	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilités de supervision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conduite éthique du Code de déontologie de l'ACCP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Recommandation (*REQUIS*)

\*Je recommande ce candidat en tant que Conseiller canadien certifié:  Non  Oui

Commentaires additionnels (compétences, la connaissance de et l'habilité du candidat de suivre le code de déontologie de l'ACCP, etc.):

### ATTESTATION:

La recommandation ci-dessus est fondée sur mon meilleur jugement. Je suis prêt à répondre à des questions supplémentaires concernant cette évaluation si l'ACCP l'estime nécessaire. Je comprends et consens à être contacté afin de donner suite aux informations fournies sur le formulaire de référence de la CCC.

Avez-vous des préoccupations concernant l'aptitude du candidat à exercer, y compris, mais sans s'y limiter, des préoccupations concernant ses pratiques éthiques et compétentes (toute préoccupation dont vous avez connaissance sera divulguée au registraire)?  Non  Oui \*Si oui, veuillez décrire:

Avez-vous connaissance de préoccupations concernant l'aptitude du candidat à pratiquer soulevées par d'autres éducateurs, superviseurs cliniques, superviseurs administratifs, clients ou autres personnes impliquées dans la formation du candidat (toute préoccupation dont vous êtes au courant sera divulguée au registraire)?

Non  Oui \*Si oui, veuillez décrire:

\*Si une signature numérique est fournie par la référence, le formulaire doit être envoyé à l'ACCP directement de la personne qui a fourni la signature numérique par courriel.

\*Signature de la référence: \_\_\_\_\_ \*Date: \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer ce formulaire par la poste, par télécopieur ou par courriel à:

Association canadienne de counseling et de psychothérapie

202 - 245 Menten Place

Ottawa, ON, K2H 9E8

Télécopieur: 613-237-9786

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