



CANADIAN COUNSELLING AND  
PSYCHOTHERAPY ASSOCIATION  
L'ASSOCIATION CANADIENNE DE  
COUNSELING ET DE PSYCHOTHÉRAPIE

## FORMULAIRE DE MISE EN CANDIDATURE – MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

**Veillez envoyer vos formulaires à:**  
202 – 245 Menten Place, Ottawa ON, K2H 9E8  
Courriel : [gtorkhani@ccpa-accp.ca](mailto:gtorkhani@ccpa-accp.ca)

Nom du ou de la candidat.e : \_\_\_\_\_

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

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

Téléphone : Au travail : \_\_\_\_\_

À domicile : \_\_\_\_\_

Télec. : \_\_\_\_\_

Proposants<sup>1</sup>: 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*[Note: Peu importe si la personne nommée se nomine lui-même ou qu'il soit nommé par un autre membre de l'ACCP, deux (2) signatures autres que celle de la personne nommée doivent être inscrites ci-dessus.]*

Poste visé :  Membre du Conseil d'administration (veuillez préciser la zone à représenter) : \_\_\_\_\_

Président.e élu.e

Matricule (n° de membre) à l'ACCP : \_\_\_\_\_

Matricule de conseiller canadien certifié : \_\_\_\_\_ OU  sans objet

Nombre d'années d'expérience en counseling : \_\_\_\_\_

Nombre d'années comme superviseur ou éducateur : \_\_\_\_\_

Scolarité la plus élevée atteinte dans le domaine du counseling : \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> **Pour le poste de membre du conseil**, les proposants doivent être deux (2) membres de l'ACCP (autres que la personne nommée) et doivent avoir le droit de vote dans la région pour laquelle la personne porte sa candidature ; le nom de chaque proposant doit être imprimé et suivi de la signature. **Pour le poste de président-élu**, les proposants doivent être deux (2) membres votant de l'ACCP au Canada.

Compétence pertinentes en lien avec la participation à des comités bénévoles (cochez tout ce qui s'applique) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Élaboration de politiques/gouvernance    | <input type="checkbox"/> Défense des droits        |
| <input type="checkbox"/> Suivi financier/budgétisation            | <input type="checkbox"/> Relations avec les médias |
| <input type="checkbox"/> Recherche et planification               | <input type="checkbox"/> Rayonnement et visibilité |
| <input type="checkbox"/> Résolution de problèmes de collaboration | <input type="checkbox"/> Autre : _____             |

Statut de membre au sein d'associations liées au counseling :

---



---



---

- OUI     NON    L'ACCP peut-elle communiquer avec les associations indiquées ci-dessus pour confirmer votre statut?

Si vous avez répondu non, indiquez le nom de la personne avec qui l'ACCP peut communiquer pour confirmer votre statut.

---



---

**Emplacement géographique (actuel) :**

Province/Territoire : \_\_\_\_\_

**Emplacement géographique (d'expérience) :**

Provinces/Territoires/Pays : \_\_\_\_\_

Collectivité (actuelle) :

- éloignée  
 urbaine  
 de banlieue  
 rurale  
 autre : (p. ex. dans une réserve, une colonie) \_\_\_\_\_

Collectivité (d'expérience) :

- éloignée  
 urbaine  
 de banlieue  
 rurale  
 autre : (p. ex. dans une réserve, une colonie) \_\_\_\_\_

Langue (parlée, écrite et comprise)

- Anglais  
 Français  
 Autre : \_\_\_\_\_

Curriculum vitae :

- OUI     NON

(Aucune candidature ne sera étudiée en l'absence d'un CV à jour)

Engagement antérieur au sein de l'ACCP ou du conseil d'administration (veuillez préciser les dates) :

Pourquoi souhaitez-vous faire partie du conseil d'administration de l'ACCP?

Autres commentaires :