



**COLLEGE OF PSYCHOLOGISTS OF NEW BRUNSWICK /  
COLLÈGE DES PSYCHOLOGUES DU NOUVEAU-BRUNSWICK**  
236 rue St. George, Suite 435, Moncton, New Brunswick E1C 1W1  
Téléphone (506) 382-1994 Télécopieur: (506) 857-9813 E-mail : [admin@cpnb.ca](mailto:admin@cpnb.ca)

## **ACCEPTATION DU SUPERVISEUR OU DE LA SUPERVISEURE**

NOM DU SUPERVISÉ OU DE LA SUPERVISÉE: \_\_\_\_\_

Je comprends que la personne nommée ci-dessus est membre provisoire du Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick, et je suis prêt ou prête à agir en tant que psychologue superviseur ou superviseure pendant la période de temps fixée par le Comité d'enregistrement.

Je suis prêt ou prête à superviser et à évaluer le candidat ou la candidate en assumant les responsabilités de psychologue superviseur ou superviseure telles qu'énoncées à la section VIII des lignes directrices régissant l'obtention d'une licence.

J'accepte d'assumer la responsabilité professionnelle et tutoriale du candidat ou de la candidate pendant qu'il ou elle est membre provisoire et j'évaluerai son travail régulièrement, selon les normes fixées à la section VI des lignes directrices régissant l'obtention d'une licence. J'accepte également d'envoyer au Comité d'enregistrement un rapport d'évaluation du candidat ou de la candidate à tous les six (6) mois de la période de temps de supervision.

Je m'engage à informer immédiatement le Comité d'enregistrement et le candidat ou la candidate dans le cas où je devrais, pour quelque raison, mettre fin à cette obligation contractuelle.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aa)

Nom et prénom(s) (en lettres moulées s.v.p.) \_\_\_\_\_

Poste: \_\_\_\_\_

Organisme ou établissement: \_\_\_\_\_

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

Numéro de licence de psychologue du Nouveau-Brunswick: \_\_\_\_\_

Numéro de licence de psychologue d'une autre province ou état: \_\_\_\_\_

Date de début de supervision: \_\_\_\_\_ (jj/mm/aa)