



College of Psychologists  
of New Brunswick  
Collège des psychologues  
du Nouveau-Brunswick

236, rue St. George, bureau 435  
Moncton, Nouveau-Brunswick, E1C 1W1  
Téléphone : (506) 382-1994  
Télécopieur : (506) 857-9813  
[admin@cpcb.ca](mailto:admin@cpcb.ca)

### **DEMANDE D'OBTENTION D'UNE LICENCE-MEMBRE PROVISOIRE**

Le Collège s'appuie sur le présent document pour décider s'il considérera votre demande d'obtention d'une licence. Veuillez suivre les directives et remplir ce formulaire avec soin et précision. Si vous obtenez votre licence, ce document fera partie de votre dossier permanent au Collège. Veuillez lire le formulaire de demande en entier avant de commencer à le remplir.

Pour que votre demande soit acheminée au comité d'enregistrement, vous devez avoir obtenu un diplôme de niveau doctoral en psychologie provenant d'un programme agréé par la SCP ou l'équivalent, tel que décrit dans nos lois, règlements administratifs et règles.

Veuillez prendre note que vous êtes responsable de vous assurer que tous les documents requis sont remis au Collège. Le Collège n'assume aucune responsabilité pour les documents reçus en retard. Vous êtes prié d'envoyer tous les documents associés à votre demande par courriel. Vous recevrez un accusé de réception du Collège lorsque tous les documents requis auront été reçus. Le Collège vous avertira si des renseignements supplémentaires sont requis.

Nom du requérant ou de la requérante : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_  
(jr/mm/aaaa)

**Veuillez retourner votre formulaire de demande dûment rempli à :**

Renée Turner  
Registraire adjointe  
[renee.turner@cpcb.ca](mailto:renee.turner@cpcb.ca)

**Veuillez noter que le Collège ne peut procéder à l'étude d'une demande d'obtention d'une licence avant d'avoir reçu toute la documentation requise, y compris tous les relevés de notes académiques et références professionnelles. Les requérants et requérantes disposent d'une période de 12 mois à partir de la date de présentation de la demande à remettre toute la documentation requise afin que le comité d'enregistrement du Collège puisse étudier leur demande. Toute demande incomplète expirera automatiquement 12 mois après la date de demande. Si le Collège reçoit des documents non associés à une demande en cours, il les conservera pendant un an.**

**A. DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES**

1. Nom : \_\_\_\_\_ Mme/M./Dr/Dre \_\_\_\_\_  
Nom de famille (Encercler un choix.) Prénom Second prénom / initiale

2. Date de naissance : \_\_\_\_\_ 3. Genre : homme \_\_\_ femme \_\_\_  
(jr/mm/aaaa)

4. Lieu de naissance : Ville \_\_\_\_\_ Province/État \_\_\_\_\_  
 Pays \_\_\_\_\_

5. Avez-vous l'autorisation légale de travailler au Canada? Oui \_\_\_ Non \_\_\_  
 Sinon, veuillez expliquer : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

6. Langue : anglais \_\_\_ français \_\_\_ autre (précisez) \_\_\_\_\_

7. Langue de correspondance préférée : anglais \_\_\_ français \_\_\_

**Coordonnées :**

Veuillez fournir tous les renseignements demandés ci-dessous. Tout changement apporté à ces renseignements doit être signalé par écrit au Collège dans les 30 jours qui suivent le changement. Le Collège n'assume aucune responsabilité pour le courrier non livré si les coordonnées ne sont pas exactes.

**8. Adresse personnelle :**

Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

**9. Adresse professionnelle :**

(a) Employeur : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

(b) Employeur : \_\_\_\_\_  
 Adresse : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_  
 Code postal : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_  
 Courriel : \_\_\_\_\_

**10. Adresse préférée pour la correspondance :**

**Poste :** Personnelle : \_\_\_\_\_ Professionnelle (a): \_\_\_\_\_ Professionnelle (b): \_\_\_\_\_  
**Courriel :** Personnelle : \_\_\_\_\_ Professionnelle (a): \_\_\_\_\_ Professionnelle (b): \_\_\_\_\_

**B. ATTESTATION DE STATUT DE MEMBRE EN REGLE et DOSSIER PROFESSIONNEL**

**11. Un organisme de réglementation dans une autre province, territoire, état ou pays, vous a-t-il déjà donné le titre de psychologue? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_**

*Si oui*, veuillez fournir les détails ci-dessous en précisant toutes les licences ou accréditations professionnelles en tant que psychologue.

I. a) Nom de l'organisme de réglementation de la profession : \_\_\_\_\_  
 b) Date de l'octroi de la licence ou de l'accréditation professionnelle initiale : \_\_\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa)  
 c) Numéro de la licence ou de l'accréditation professionnelle : \_\_\_\_\_  
 d) Adresse postale complète de l'organisme de réglementation de la profession: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

II. a) Nom de l'organisme de réglementation de la profession : \_\_\_\_\_  
 b) Date de l'octroi de la licence ou de l'accréditation professionnelle initiale : \_\_\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa)  
 c) Numéro de la licence ou de l'accréditation professionnelle : \_\_\_\_\_  
 d) Adresse postale complète de l'organisme de réglementation de la profession: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Téléphone : \_\_\_\_\_ Télécopieur : \_\_\_\_\_

**12. Une demande de licence ou d'accréditation professionnelle pour exercer la profession de psychologue ou toute autre profession vous a-t-elle déjà été refusée? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_**

13. A-t-on déjà refusé de vous octroyer une licence ou avez-vous été exclu ou exclue par un organisme de réglementation dans une autre province, autre territoire, état ou pays?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

14. Etes-vous, ou avez-vous déjà été, interdit ou interdite d'exercer provisoirement ou définitivement la profession de psychologue?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

15. Exception faite des circonstances énumérées ci-haut, avez-vous déjà renoncé de votre plein gré à une licence vous autorisant à exercer la psychologie?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

16. Faites-vous présentement, ou avez-vous déjà fait, l'objet d'une décision disciplinaire par un organisme de réglementation de la profession?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions 13 à 17 veuillez donner des explications ci-dessous. Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin.

---

---

---

---

17. Tout requérant ou toute requérante qui porte présentement le titre de psychologue ou qui l'a déjà porté, ou qui a déjà fait une demande qui a été rejetée, exclue ou refusée par un organisme de réglementation sur un autre territoire de compétence, doit signer un formulaire de consentement autorisant les organismes de réglementation à divulguer au Comité d'enregistrement du Collège les renseignements qui le ou la concernent. Le requérant ou la requérante doit également prendre les mesures nécessaires pour que l'organisme de réglementation envoie directement au Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick une attestation de statut membre en règle et une copie intégrale de tout dossier ayant trait aux questions suivantes :

- i. toute restriction, condition ou limite, en cours ou antérieure, relative à son droit d'exercer la psychologie sur le territoire de compétence en question;
- ii. toute plainte non résolue portée contre lui ou elle sur ce territoire;
- iii. ses antécédents disciplinaires; et
- iv. les raisons pour lesquelles sa demande a été rejetée, exclue ou refusée.

Je consens à ce que les organismes de réglementation suivants communiquent directement au Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick toute information pertinente en rapport à la question 17.

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

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



College of Psychologists  
of New Brunswick

Collège des psychologues  
du Nouveau-Brunswick

18. Si vous avez déjà eu une licence ailleurs, a-t-elle été maintenue sans interruption?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

*Sinon*, veuillez expliquer.

---



---



---

19. Détenez-vous un *Certificate of Professional Qualification* émis par l' *Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB)*?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

*Si oui*, n° de certificat : \_\_\_\_\_ Date d'émission : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Veuillez fournir une confirmation officielle.

20. Êtes-vous inscrit ou inscrite au *Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé*?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

*Si oui*, n° d'inscription : \_\_\_\_\_ Date d'inscription : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Veuillez fournir une confirmation officielle.

21. Êtes-vous inscrit ou inscrite au *National Register of Health Service Providers in Psychology* ?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_

*Si oui*, n° d'inscription : \_\_\_\_\_ Date d'inscription : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa)

Veuillez fournir une confirmation officielle.

22. Avez-vous une assurance responsabilité professionnelle? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

*Si oui*, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous.

Nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

N° de police : \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur : \_\_\_\_\_

Montant de la protection : \_\_\_\_\_

Le Collège conseille vivement à ses membres de souscrire à une assurance responsabilité professionnelle offrant une protection suffisante (au moins 1 000 000 \$).

### **C. PROBITÉ ET COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE**

23. Avez-vous fait l'objet de mesures disciplinaires durant vos années d'études, de formation ou d'emploi à titre de professionnel ou professionnelle? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

24. Avez-vous déjà fait l'objet d'une suspension, d'un congédiement ou d'une demande de démission durant vos années d'études, de formation ou d'emploi à titre de professionnel ou professionnelle? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si vous avez répondu « oui » aux questions 23 ou 24, veuillez donner des explications ci-dessous. Indiquez pourquoi, quand et quel établissement vous a donné une sanction, une suspension un congédiement ou vous a fait une demande de démission. Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin.

---



---

25. Avez-vous lu et compris le Code de conduite du CPNB, les Lois du Nouveau-Brunswick qui s'appliquent à la psychologie, ainsi que le Code d'éthique de la SCP et acceptez-vous de les respecter ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

26. Vous a-t-on déjà fait une mise en garde ou une réprimande à la suite d'une plainte de harcèlement sexuel ou d'inconduite sexuelle portées contre vous ? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

27. Avez-vous déjà fait l'objet d'un congédiement, d'une demande de démission d'un emploi ou d'une demande de quitter un établissement d'enseignement ou de formation pour des raisons de fraude, de négligence, de faute professionnelle ou de malhonnêteté? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

Si vous avez répondu « oui » aux questions 25, 26, ou 27, veuillez donner des explications ci-dessous. Utilisez des feuilles supplémentaires au besoin.

---



---

28. Avez-vous déjà été reconnu ou reconnue coupable d'un acte criminel? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

*Si oui*, veuillez donner des explications ci-dessous et précisez si, à votre avis, cette condamnation influence votre aptitude à exercer la profession de psychologue.

Nature de la condamnation : \_\_\_\_\_

Date de la condamnation : \_\_\_\_\_

Lieu de la condamnation : \_\_\_\_\_

Explication : \_\_\_\_\_

---

**D. Formation**

29. Veuillez fournir ci-dessous les renseignements demandés au sujet de vos études universitaires (procédez par ordre chronologique inverse).

<b>Nom de l'établissement</b>	<b>Nom de la faculté ou de l'école</b>	<b>Endroit</b>	<b>Diplôme obtenu (titre)</b>	<b>Date d'obtention</b>	<b>Programme agréé par APA/SCP : (oui/non)</b>



30. Titre de votre thèse de doctorat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de votre superviseur ou superviseure :  
\_\_\_\_\_

Référence (si la thèse est publiée) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

31. Titre de votre thèse de maîtrise : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom de votre superviseur ou superviseure :  
\_\_\_\_\_

Référence (si la thèse est publiée) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **E. RELEVÉS DE NOTES OFFICIELS**

32. Chaque requérante ou requérant doit **obligatoirement** prendre les dispositions nécessaires pour que les établissements d'enseignement qu'ils ont fréquentés envoient un RELEVÉ DE NOTES OFFICIEL (comprenant tous les cours suivis et les notes obtenues dans le cadre des programmes de premier, deuxième et troisième cycles) **directement** au Collège des psychologues du Nouveau-Brunswick.

J'ai pris les dispositions nécessaires pour que le Collège reçoive un relevé de notes des établissements suivants :

1. \_\_\_\_\_

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

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**F. DOCUMENTATION RELATIVE AUX COURS (Veuillez inclure tous les cours suivis dans chacune des catégories.)**

33. **Catégorie 1 – Fondements biologiques du comportement** (p. ex., psychophysiologie, psychologie comparative, sensation et perception, psychopharmacologie et neuropsychologie) **\*\*Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

34. **Catégorie 2 – Fondements cognitifs-affectifs du comportement** ( p. ex., apprentissage, mémoire, cognition, motivation et émotion) **\*\*Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---

35. **Catégorie 3 – Fondements sociaux du comportement** (p. ex., psychologie sociale, processus de groupe, psychologie organisationnelle ou industrielle, systèmes, psychologie communautaire et psychologie environnementale) **\*\*Veillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---



---

36. **Catégorie 4 – Différences individuelles** (p. ex., théories de la personnalité, développement humain et psychopathologie) **\*\*Veillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

37. **Catégorie 5 – Déontologie et normes professionnelles** (p. ex., enjeux de la profession, déontologie et normes de conduite professionnelle) **\*\*Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---

38. **Catégorie 7 – Plans et méthodes de recherche** (p. ex., plan de recherche, procédures expérimentales et méthodes de laboratoire) **\*\*Veillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---

39. **Catégorie 8 – Statistique et psychométrie** (p. ex., statistique, analyse multivariée, mesures, élaboration et validation de tests) **\*\*Veillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



40. **Catégorie 9 – Évaluation psychologique** (p. ex., évaluation psychologique, évaluation du comportement, psychodiagnostic, évaluation de programmes et diverses procédures d'évaluation auprès des particuliers et des groupes) **\*\*Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---

41. **Catégorie 10 – Intervention et consultation psychologiques** (p. ex., procédures d'intervention, psychothérapie, counselling et modification du comportement auprès de particuliers, de groupes et de familles) **\*\*Veillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.\*\***

**Maîtrise/Doctorat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

**Baccalauréat**

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---



---

Titre du cours : \_\_\_\_\_

Date (année) : \_\_\_\_\_ Sigle du cours : \_\_\_\_\_

Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Heures par semaine : \_\_\_\_\_

Brève description du contenu du cours : \_\_\_\_\_

---



---

## **G. ANTÉCÉDENTS DE FORMATION SUPERVISÉE**

### **Formation supervisée au niveau de la maîtrise**

42. Veuillez décrire ci-dessous toutes les expériences de formation supervisée durant vos études de maîtrise (p. ex., internats). Veuillez procéder par ordre chronologique inverse (de la plus récente à la plus ancienne).

A. Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Services offerts par l'établissement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseure ou du superviseur : \_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

B. Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_ Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle: \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Services offerts par l'établissement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseure ou du superviseur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

---



---

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

### **Formation supervisée au niveau du doctorat**

43. Veuillez décrire ci-dessous toutes les expériences de formation supervisée avant votre internat de doctorat (p. ex., stages et autres expériences supervisées requis dans le cadre de la formation professionnelle). La Section H qui suit est réservée à la description de votre internat de doctorat. Veuillez procéder par ordre chronologique inverse (de la plus récente à la plus ancienne).

A Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_ Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

---



---



---

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

---

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

---



---

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

B. Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

C. Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

(jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

D. Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_

(jj/mm/aaaa)

(jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :  Total des heures : \_\_\_\_\_

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseure ou du superviseur :  
\_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes). Lorsque vous décrivez votre expérience, inspirez-vous des domaines professionnels énumérés à la Section L.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

**H. INTERNAT DE DOCTORAT**

44. Votre internat de doctorat était-il agréé par l'un des organismes suivants? (Veuillez cocher celui ou ceux qui s'appliquent.)

Société canadienne de psychologie (SCP) : \_\_\_\_\_

American Psychological Association (APA) : \_\_\_\_\_

Si votre internat de doctorat était agréé, veuillez répondre à la question 45. S'il n'était pas agréé, veuillez fournir des renseignements provenant de votre université et confirmant que les normes d'agrément de la SCP ou de l'APA ont été respectées.

45. Description de l'internat de doctorat agréé :

Date de début \_\_\_\_\_ Date de fin : \_\_\_\_\_  
(jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

Services offerts par l'établissement :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine de pratique et âge des clients et clientes).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nom du directeur ou de la directrice de la formation :

\_\_\_\_\_

Sigle du cours : \_\_\_\_\_ Nombre de crédits : \_\_\_\_\_ Date (année) : \_\_\_\_\_

Établissement d'enseignement : \_\_\_\_\_

Total des heures : \_\_\_\_\_





## J. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL PROFESSIONNEL

47. Veuillez décrire ci-dessous toutes vos expériences de travail professionnel en procédant par ordre chronologique inverse (en commençant par votre emploi actuel ou le plus récent). Veuillez vous inspirer des domaines professionnels présentés à la Section L pour décrire votre expérience.

A Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle servie et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

B Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle servie et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes).

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

C Titre/nom du poste occupé : \_\_\_\_\_

Date de début : \_\_\_\_\_ Date de la fin : \_\_\_\_\_  
 (jj/mm/aaaa) (jj/mm/aaaa)

Temps plein :  Temps partiel :

Si temps partiel, nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de contact direct avec la clientèle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision individuelle : \_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine de supervision en groupe : \_\_\_\_\_

Nom de l'organisme ou de l'établissement : \_\_\_\_\_

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

Services offerts par l'établissement : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et profession de la superviseuse ou du superviseur : \_\_\_\_\_

Décrivez vos tâches et vos responsabilités, y compris la clientèle servie et les services offerts (p. ex., problème énoncé, type de service, domaine d'exercice et âge des clients et clientes).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## **K. DOMAINES PROFESSIONNELS**

48. En cochant l'une des réponses ci-dessous, veuillez indiquer votre principal domaine professionnel en psychologie (lors de l'examen oral, vous devrez être en mesure de démontrer vos compétences dans ce domaine). Veuillez noter que si vous avez coché un secteur clinique comme domaine professionnel, vous devrez aussi démontrer, lors de l'examen oral, votre capacité à formuler et à communiquer un diagnostic.

- \_\_\_\_ Psychologie clinique  
 \_\_\_\_ Neuropsychologie clinique  
 \_\_\_\_ Counselling psychologique  
 \_\_\_\_ Psychologie judiciaire  
 \_\_\_\_ Psychologie de la santé

- \_\_\_\_ Psychologie industrielle ou  
 organisationnelle  
 \_\_\_\_ Psychologie de la réadaptation  
 \_\_\_\_ Psychologie scolaire  
 \_\_\_\_ Autre (veuillez préciser) : \_\_\_\_\_



## L. TESTS PSYCHOMÉTRIQUES

51. Énumérez les tests psychométriques que vous avez administrés et interprétés.

- |          |           |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 8. _____  |
| 2. _____ | 9. _____  |
| 3. _____ | 10. _____ |
| 4. _____ | 11. _____ |
| 5. _____ | 12. _____ |
| 6. _____ | 13. _____ |
| 7. _____ | 14. _____ |

## M. DIAGNOSTIC

52. Avez-vous eu de l'expérience supervisée dans la formulation et la communication d'un diagnostic?

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Veuillez donner des précisions :

Services et activités du domaine professionnel	Clientèle-cible

## N. ADHÉSIONS ET AFFILIATIONS PROFESSIONNELLES

53. Veuillez énumérer toutes les associations professionnelles et scientifiques auxquelles vous adhérez et indiquez votre statut de membre actuel ainsi que la date initiale de votre adhésion.

Association	Statut de membre	Membre depuis mm/aaaa

**O. RÉFÉRENCES PROVENANT DE PSYCHOLOGUES ATTITRÉS OU ATTITRÉES**

54. Conformément au règlement régissant l'enregistrement, donnez le nom, l'adresse et le titre de poste de trois personnes qui acceptent de vous fournir des références. Deux de ces personnes doivent être des psychologues autorisés, autorisées, agréés, agréées, accrédités ou accréditées qui vous connaissent bien, qui connaissent bien votre travail et à qui vous envoyez les formulaires de références ci-joints.

<b>Nom</b>	<b>Adresse</b>	<b>Titre de poste</b>
1.		
2.		
3.		

## P. Pièces jointes

55. Je joins à la présente demande d'obtention d'une licence les droits de demande d'adhésion au montant de 440,00 \$. Pour payer par carte de crédit, veuillez communiquer avec Jeanne Lirette, adjointe administrative, au (506) 382-1994. Oui \_\_\_\_
56. J'envoie au CPNB un formulaire dûment rempli de vérification du casier judiciaire de mon poste de police local. Seulement les copies originales seront acceptées. Oui \_\_\_\_
57. J'ai demandé qu'on envoie directement au Collège trois (3) formulaires de références dûment remplis. Ceux-ci peuvent être envoyés par courriel à [renee.turner@cpnb.ca](mailto:renee.turner@cpnb.ca). Oui \_\_\_\_
58. J'ai demandé qu'on envoie directement au Collège mes relevés de notes pour toutes mes études de premier, deuxième et troisième cycles. Seulement les copies originales seront acceptées. Oui \_\_\_\_
59. J'ai joint à ma demande une copie de mon curriculum vitae. Celui-ci peut être envoyé par courriel à [renee.turner@cpnb.ca](mailto:renee.turner@cpnb.ca). Oui \_\_\_\_
60. *J'ai demandé qu'on envoie directement au Collège les documents suivants, s'il y a lieu :*
- les résultats de tout Examen de pratique professionnelle en psychologie antérieur, y compris la date et le lieu de l'examen Oui \_\_\_\_ s/o \_\_\_\_
  - une attestation de statut de membre en règle de tous les organismes de réglementation de la profession pertinents Oui \_\_\_\_ s/o \_\_\_\_
  - tout renseignement provenant de territoires de compétences antérieurs (tel qu'il est décrit à la question 17). Oui \_\_\_\_ s/o \_\_\_\_
  - une attestation d'inscription au Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé Oui \_\_\_\_ s/o \_\_\_\_
  - une attestation d'inscription au National Register of Health Service Providers in Psychology Oui \_\_\_\_ s/o \_\_\_\_

**Q. Déclaration solennelle**

61. Je, \_\_\_\_\_, de  
(nom au complet)

\_\_\_\_\_  
(adresse au complet)

déclare solennellement que toutes les déclarations et tous les renseignements que j'ai fournis dans la présente demande d'obtention d'une licence sont intégraux, exacts et conformes à la vérité.

Je reconnais que le CPNB peut demander des renseignements supplémentaires en ce qui a trait à ma demande d'obtention d'une licence et j'autorise par la présente le Collège à obtenir lesdits renseignements auprès des personnes ou des établissements auxquels on fait référence dans les documents associés à ma demande. Je dégage ces personnes et ces établissements, y compris ceux qui auront fourni des références à mon égard, de toute responsabilité pouvant découler des renseignements donnés au Collège.

Je reconnais qu'il m'est interdit de faire une demande d'obtention d'une licence en vue de devenir membre attiré ou attirée du Collège si je sais que je ne possède pas les compétences requises pour l'être.

\_\_\_\_\_  
(Signature du requérant ou de la requérante)

\_\_\_\_\_  
(Date)



College of Psychologists  
of New Brunswick

Collège des psychologues  
du Nouveau-Brunswick