



**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 Courriel : renée.turner@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 règle 1.04.05 Rôle du superviseur ou de la superviseure.

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 règle 1.04.06 Étendue des contacts. 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)