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@cpnb.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@cpnb.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 : _____

2. Date de naissance : _____ (jr/mm/aaaa) 3. Pronoms préférés _____

4. Lieu de naissance : Ville _____ Province/État _____
   Pays _____

   Vous vous identifiez comme : Êtes-vous… ? (Cochez tout ce qui s'applique) :

   ☐ Autochtone, Premières Nations, Métis ou Inuk (Inuit)
   Il existe du financement disponible pour les personnes qui sont Autochtones, Premières Nations, Métis ou Inuk pour aider à couvrir les coûts d'obtention de la licence. Veuillez visiter https://cpnb.ca/fr/nouveaux-gradues-membres-provisoires/ pour plus d'informations.

   ☐ Blanc
   ☐ Asiatique du Sud (par ex., Indien, Pakistanais, Sri Lankais)
   ☐ Chinois
   ☐ Noir
   ☐ Philippin
   ☐ Arabe
   ☐ Latino-Américain
   ☐ Asiatique du Sud-Est (par ex., Vietnamien, Cambodgien, Laotien, Thaïlandais)
   ☐ Asiatique de l'Ouest (par ex., Iranien, Afghan)
   ☐ Coréen
   ☐ Japonais
   ☐ Je préfère ne pas répondre

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. <u>ATTESTATION DE STATUT DE MEMBRE EN REGLE et DOSSIER PROFESSIONNEL</u>

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 12 à 16 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, nº 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, nº 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, nº 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 : _____
Nº 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).

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

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. <u>RELEVÉS DE NOTES OFFICIELS</u>

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. SVP noter qu'un lien pour consulter le document sur la plateforme MesCertif est également accepté.

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.)

*** Si vous avez gradué d'un programme agréé par la SCP, vous n'avez pas besoin de remplir la section F, vous pouvez sauter directement à la section G à la page 19. ***

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

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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. **<u>Catégorie 4 – Différences individuelles</u>** (p. ex., théories de la personnalité, développement humain et psychopathologie) *****Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.*****

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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. **<u>Catégorie 7 – Plans et méthodes de recherche</u>** (p. ex., plan de recherche, procédures expérimentales et méthodes de laboratoire) *****Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.*****

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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. **<u>Catégorie 8 – Statistique et psychométrie</u>** (p. ex., statistique, analyse multivariée, mesures, élaboration et validation de tests) *****Veuillez mettre en priorité les cours du deuxième ou troisième cycle.*****

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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. **<u>Catégorie 9 – Évaluation psychologique</u>** (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.*****

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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

<u>Maîtrise/Doctorat</u>

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 : _____
_____
_____
_____

<u>Baccalauréat</u>

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 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 : _____

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 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 : _____

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. 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 : _____

I. FORMATION POST-DOCTORALE CONTINUE (ATELIERS, SÉMINAIRES, ETC.)

45. Veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous pour vos activités de formation continue, en commençant par la plus récente.

Titre du séminaire, de l'atelier, de la conférence, etc.	Nom et profession de la personne qui animait ou du conférencier ou de la conférencière	Durée (jours)	Date	Lieu

J. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL PROFESSIONNEL

46. 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 : _____ (jj/mm/aaaa) Date de la fin : _____ (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 superviseure 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 : _____ (jj/mm/aaaa) Date de la fin : _____ (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 superviseure 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 : _____ (jj/mm/aaaa) Date de la fin : _____ (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 superviseure 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

47. 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) :

_____

48. Veuillez décrire vos activités et les principales clientèles-cibles de votre domaine professionnel. Veuillez noter que si vous avez coché un secteur clinique comme domaine professionnel, vous devrez démontrer, lors de l'examen oral, votre capacité à formuler et à communiquer un diagnostic.

- ☐ Diagnostic
- ☐ Évaluation
- ☐ Psychothérapie
- ☐ Counselling
- ☐ Consultation
- ☐ Recherche
- ☐ Évaluation des programmes
- ☐ Enseignement
- ☐ Autre (veuillez préciser) : _____

Âge de la clientèle :

- ☐ Enfants
- ☐ Adolescents et adolescentes
- ☐ Adultes

Type de clientèle :

- ☐ Particuliers
- ☐ Couples
- ☐ Familles
- ☐ Groupes
- ☐ Organismes

49. Veuillez décrire brièvement le type de travail professionnel que vous avez l'intention de faire si vous obtenez votre licence.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

L. TESTS PSYCHOMÉTRIQUES

50. 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

51. 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

52. 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

53. 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.

Nom	Adresse	Titre de poste
1.		
2.		
3.		

P. Pièces jointes

54. Il y a des frais de demande de 500,00 $. Le paiement peut être effectué par virement électronique à admin@cpnb.ca (veuillez nous informer de la réponse à la question de sécurité) ou par carte de crédit en communiquant avec Jeanne Lirette, adjointe administrative, au (506) 382-1994. Veuillez noter qu'il y a des frais supplémentaires de 3,25 % pour les paiements par carte de crédit. *(Si vous avez indiqué être Autochtone dans la section démographique de ce formulaire de demande, il existe des fonds disponibles pour aider à couvrir les coûts d'obtention de la licence. Veuillez visiter https://cpnb.ca/fr/nouveaux-gradues-membres-provisoires/ pour plus d'informations et ne pas envoyer de frais pour le moment.)* Oui ☐

55. 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 ☐

56. 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. Oui ☐

57. 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. SVP noter qu'un lien pour consulter le document sur la plateforme MesCertif est également accepté. Oui ☐

58. J'ai joint à ma demande une copie de mon curriculum vitae. Celui-ci peut être envoyé par courriel à renee.turner@cpnb.ca. Oui ☐

59. *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

60. 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 attitré ou attitrée du Collège si je sais que je ne possède pas les compétences requises pour l'être.

_____ _____
(Signature du requérant ou de la requérante (Date)