



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

Membre étudiant de l'ACCP
Formulaire de statut étudiant

Nom de l'étudiant: _____	N° de membre: _____
Adresse: _____	Mois de renouvellement: _____
Ville, province: _____	
Code postal: _____	Institution : _____
Téléphone : _____	Programme : _____
Courriel : _____	Remise de diplôme (mm/aa): _____

Membre étudiant :

Pour être admissible à un montant de cotisation réduit à titre d'étudiant, la personne doit être actuellement inscrite à un programme de premier cycle, à un certificat post-baccalauréat ou à un programme menant à l'obtention d'un diplôme, d'une maîtrise ou d'un doctorat en counseling ou dans un domaine connexe auprès d'une institution reconnue par L'AUCC ou de son équivalent dans le cas des universités non canadiennes.

En apposant ma signature ci-dessous, je certifie que l'étudiant dont le nom apparaît ci-dessus est inscrit à un tel programme et que je suis un membre ou un employé du département de l'établissement postsecondaire auquel il est inscrit.

Nom : _____

Titre : _____

Date : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Signature : _____

Veillez remplir et nous renvoyer à :

*Association canadienne de counseling et de
psychothérapie
114-223 Colonnade Rd. S
Ottawa (Ontario)
K2E 7K3*

Téléphone : 613-237-1099 ou 1-877-765-5565 (sans frais)
Télécopieur : 613-237-9786
Courriel : membership@ccpa-accp.ca
Site Web : www.ccpa-acc.ca