**FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DU SUPERVISEUR D’INTERNAT DE L’ACPS**

Ce formulaire doit être rempli par le superviseur d’internat afin de déterminer s’il remplit les conditions pour superviser et évaluer le travail de consultation d’un candidat à l’ACPS. Les superviseurs d’internat de l’ACPS doivent remplir les exigences suivantes:

1. Au minimum, avoir une Maîtrise en psychologie du sport ou dans un domaine connexe.
2. Avoir au moins **5 ans** d’expérience en consulting dans des contextes sportifs variés.

1. **Renseignements sur le superviseur d’internat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom: | |  | | |  | Prénom: |  |
| Institution/Affiliation: | | | |  | | | |
| Département: | |  | | | | | |
| Courriel: |  | | | | | | |
| Téléphone au travail: | | |  | |  | Téléphone cellulaire: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Profession:  *(veuillez cocher ou surligner toutes les cases applicables):* | * Consultant·e·s en performance mentale certifié·e·s® * Professeur/Enseignant * Chercheur * Professionnel de la santé * Conseiller * Administrateur * Autre (veuillez spécifier) |

|  |  |
| --- | --- |
| Diplôme le plus élevé obtenu:  *(date, discipline et institution)* |  |

**B. Évaluation du superviseur d’internat**

1. Veuillez décrire la formation et la supervision que vous avez reçues afin de pouvoir conseiller dans des contextes sportifs variés.

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez décrire le(s) contexte(s) sportif(s) et le travail de consultation que vous effectuez actuellement ou que vous avez effectué par le passé pendant une période d’au moins 5 ans (e.g., équipes, sports, niveau de compétition, type d’interventions/développement d’habiletés psychologiques/conseils fournis, etc.)\*

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez décrire vos capacités de supervision et les compétences qui vous permettent de superviser le travail de consultation des candidats à l’ACPS \*

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez joindre à ce formulaire une copie de votre CV le plus récent.

**Signature du superviseur d’internat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature (ou inscrivez votre nom): |  |  | Date: |  |

Une fois rempli, veuillez envoyer ce formulaire ainsi que votre CV directement par courriel au [**memberships@cspa-acps.com**](mailto:memberships@cspa-acps.com)