**FORMULAIRE DE VÉRIFICATION DE STAGE DE L’ACPS**

**(400 heures minimum)**

Ce formulaire doit être rempli par le candidat de l’Association canadienne de psychologie du sport et envoyé par voie électronique directement au président du comité d’examen dans un fichier PDF incluant le Formulaire 1, les relevés de notes universitaires et la preuve de paiement.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Superviseur:**  (Nom et coordonnées) | **Contexte:**  (Veuillez spécifier le type et le niveau du sport /de l’activité) | **Heures** | | **Habiletés mises en œuvre:**  (p. ex., gestion de la vie, fixation d’objectifs, team building, gestion du stress, etc.) | **Commentaires:**  (Veuillez ajouter tout renseignement pouvant aider à clarifier la nature du travail supervisé, direct et indirect) |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |

**Légende:** Total = **Nombre d’heures total** effectuées dans ce contexte; **Préparation** = Nombre total d’heures de préparation (c.-à-d., matériel, présentations) dans ce contexte; **Individuel** = Heures passées avec des clients individuels (c.-à-d., en tête à tête); **Groupe** = Nombre total d’heures passées avec un groupe (c.-à-d., présentations de groupe); **Supervision directe** = Nombre d’heures que le superviseur a passé à directement observer, discuter ou évaluer les compétences et le travail du consultant dans le contexte réel ou par vidéo; **Supervision indirecte** = Nombre d’heures que le superviseur a passé à observer, discuter ou évaluer les compétences du consultant lors d’entretiens en tête à tête (pas lors de la consultation réelle) et/ou par l’écoute de cassettes audio, le passage en revue de matériel, par téléphone, courriel ou toute autre forme de supervision technologique indirecte.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Superviseur:**  (Nom et coordonnées) | **Contexte:**  (Veuillez spécifier le type et le niveau du sport /de l’activité) | **Heures** | | **Habiletés mises en œuvre:**  (p. ex., gestion de la vie, fixation d’objectifs, team building, gestion du stress, etc.) | **Commentaires:**  (Veuillez ajouter tout renseignement pouvant aider à clarifier la nature du travail supervisé, direct et indirect) |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation: |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Superviseur:**  (Nom et coordonnées) | **Contexte:**  (Veuillez spécifier le type et le niveau du sport /de l’activité) | **Heures** | | **Habiletés mises en œuvre:**  (p. ex., gestion de la vie, fixation d’objectifs, team building, gestion du stress, etc.) | **Commentaires:**  (Veuillez ajouter tout renseignement pouvant aider à clarifier la nature du travail supervisé, direct et indirect) |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |
|  |  |  | Préparation : |  |  |
|  | Client(s) individuel(s) : |
|  | Groupe : |
|  | **Total** |
|  | Supervision directe |
|  | Supervision indirecte |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre total d’heure par catégorie pour tous contextes combinés** | | **HEURES** |
| **CONSULTATION** | Préparation : |  |
| Client(s) individuel(s) : |  |
| Groupe : |  |
| **TOTAL** **CONSULTATION** |  |
| **SUPERVISION** | Total supervision directe |  |
| Total supervision indirecte |  |
| Total supervision principale |  |
| Supervision principale directe |  |
| Supervision principale indirecte |  |
|  | **TOTAL SUPERVISION** |  |