

**Association canadienne pour la thérapie par le jeu de sable  
Canadian Association for Sandplay Therapy (CAST)**

[www.jeudesable.ca](http://www.jeudesable.ca)

**Formulaire d'adhésion 2018 - Pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2019**

*Des frais de 20\$ s'appliqueront au renouvellement dont la date d'oblitération dépasse le 25 février 2019*

Nom : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Téléphone : (au travail) : \_\_\_\_\_ (à la maison) : \_\_\_\_\_

Choix de langue : Français  Anglais

*L'information ci-dessus ne sert qu'aux fins de CAST et n'est pas transmise ou diffusée à d'autres partis ou groupes*

Veuillez indiquer : Nouvelle adhésion  Renouvellement d'adhésion

Profession : \_\_\_\_\_

Je suis membre en règle d'un organisme de réglementation/Collège (par ex.: OPQ): OUI  NON

Nom de l'organisme : \_\_\_\_\_

Dans la province de : \_\_\_\_\_ Numéro de membre : \_\_\_\_\_

BARÈME TARIFAIRE : *voir frais de retard ci-dessus*

**Membre régulier** 110 \$

**Étudiant à temps plein** (preuve requise) 55 \$

**Membre inactif** (permission spéciale du conseil d'administration requise) 25 \$

DON OPTIONNEL pour aider à faire connaître davantage la thérapie par le jeu de sable :

2 \$  5 \$  10 \$  20 \$  Autre montant : \_\_\_\_\_

DÉTAILS DE PAIEMENT : **Virement Interac recommandé** (voir instructions sur la page «Adhésion» notre site Web); soit par PayPal **ou** chèque payable à Association canadienne pour la thérapie par le jeu de sable en postant ce formulaire accompagné du paiement à la Trésorière de CAST:

**Louise Thompson, 93 Doyle Dr., Guelph, Ontario, N1G 5B9**

INFORMATION POUR LE SITE WEB : La liste des membres sur le site web de CAST ([www.jeudesable.ca](http://www.jeudesable.ca)) sera mise à jour en mars 2018. Aimerez-vous que votre nom apparaisse pour un an sur la liste des membres?

**Oui**  **Non**  **Oui, tout reste comme présentement**  (Allez à la page suivante)

Le cas échéant, veuillez préciser les coordonnées à inclure :

**Aucune** (Nom et titre seulement)

**Adresse** (postale ou au travail)

**Adresse courriel**



**Lien vers votre site web** (professionnel)

**Numéro de téléphone au travail**

Si les coordonnées à publier sont différentes de l'information en haut de la page, veuillez les écrire ci-dessous :

---

---

---

---

Utilisation actuelle du jeu de sable:

- Pratique privée  
 Pratique en agence

- Pratique privée et en agence  
 Aucune (en formation, à la retraite...)

Votre clientèle (s'il y a lieu):

- Enfants  
 Jeunes  
 Adultes  
 Personnes âgées

- Premières nations  
 Groupes  
 Familles et couples

Autre: \_\_\_\_\_

Dans quelle(s) langue(s) travaillez-vous avec vos clients?

- Français  
 Anglais  
 Autre: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT : Votre adhésion exige votre signature à la déclaration suivante :**

1. J'ai lu et j'accepte les directives de CAST relatives à la pratique professionnelle (disponibles à [www.jeudesable.ca](http://www.jeudesable.ca), Adhésion - Éthique)
2. Je certifie que je n'ai jamais fait et ne fais actuellement l'objet d'aucune poursuite en justice; de plus, je certifie que j'aviserais CAST dans les 30 jours suivant le dépôt éventuel de toute action en justice contre moi. *Cette information doit être fournie directement au Registraire de CAST, [Barbara Dalziel, barbara.dalziel@sympatico.ca](mailto:BarbaraDalziel@sympatico.ca).*
3. Je déclare en outre que je ne ferai usage d'aucun autre titre professionnel que celui correspondant à mon niveau actuel de formation:
  - Niveau 1 : Formation d'introduction, moins de 40 heures, aucun titre
  - Niveau 2 : Programme d'agrément, plus de 40 heures, «Stagiaire en thérapie par le jeu de sable»
  - Niveau 3 : Candidat avancé, «Candidat avancé en thérapie par le jeu de sable»
  - Niveau 4 : Membre agréé(e) «Thérapeute agréé(e) en thérapie par le jeu de sable de CAST/ISST»
4. Si vous exercez la thérapie par le jeu de sable auprès de clients, en pratique privée, vous devez souscrire à une assurance contre la faute professionnelle. Veuillez fournir à CAST le nom de votre courtier \_\_\_\_\_ ainsi que le numéro de votre police \_\_\_\_\_.

Si vous voyez des clients uniquement au sein d'un organisme, l'assurance-groupe de cet employeur devrait vous fournir une protection contre la faute professionnelle. Dans ce cas, veuillez indiquer le nom de votre employeur: \_\_\_\_\_ ville : \_\_\_\_\_

Veuillez noter que si vous n'avez pas d'assurance professionnelle et en avez de besoin, nous recommandons HOLMAN INSURANCE BROKERS LTD. Pour plus d'information, visitez [www.holmanins.com](http://www.holmanins.com), appelez sans frais 1-800-567-1279, ou écrivez à [service@holmanins.com](mailto:service@holmanins.com).

J'ai lu et comprend l'accord ci-dessus (signature) \_\_\_\_\_  
(date) \_\_\_\_\_

---

*Votre adhésion à CAST aide votre association nationale de thérapie par le jeu de sable à assumer les responsabilités décrites dans l'énoncé de sa mission. Merci!*