

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

ATTENTION: CE FORMULAIRE EST POUR L'ANNÉE 2017 SEULEMENT!

Les formulaires pour 2018 seront disponibles à la mi-décembre.

Des frais de retard de 20\$ sont déjà inclus dans les montants ci-bas.

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

Veillez 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 : *Le tarif réduit au prorata ne s'applique qu'aux NOUVEAUX MEMBRES . Les renouvellements pour 2017 compteront pour l'année au complet; plein tarif et frais de retard s'appliquent.*

- Renouvellement d'adhésion** 130 \$
- Renouvellement, étudiant temps plein** (preuve requise) 75 \$
- NOUVEAU MEMBRE 1 oct. - 31 déc. 2017** 55 \$
- NOUVEAU MEMBRE 1 oct. - 31 déc. 2017, étudiant** (preuve requise) 27.50 \$

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

5 \$ 10 \$ 20 \$ Autre montant : _____

DÉTAILS DE PAIEMENT : Soit via PayPal avec formulaire de traitement électronique de renouvellement sur notre site Web, **ou** par 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) sera mise à jour en automne 2017. 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 privée et en agence
 Pratique en agence Aucune (en formation, à la retraite...)

Votre clientèle (s'il y a lieu):

- Enfants Premières nations
 Jeunes Groupes
 Adultes Familles et couples
 Personnes âgées 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, 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 un tel cas, veuillez indiquer le nom de l'organisme vous employant : _____ ville : _____

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!