

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

www.jeudesable.ca

Formulaire d'adhésion 2018 - Pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2018

Des frais de 20\$ s'appliqueront au renouvellement dont la date d'oblitération dépasse le 20 février 2018

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 : *voir frais de retard ci-dessus*

Membre régulier 110 \$

Étudiant à temps plein (preuve requise) 55 \$

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

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

DÉTAILS DE PAIEMENT : Soit par Virement Interac (voir instructions sur la page «Adhésion» 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 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, 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, appelez sans frais 1-800-567-1279, ou écrivez à 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!