

# Academy of Play and Child Psychotherapy

## Formulaire de candidature



### Type de formation

Matinée d'Introduction à la Thérapie par le Jeu	<input type="checkbox"/>
Certificat – Niveau 1	<input type="checkbox"/>
Certificat – Niveau 2	<input type="checkbox"/>
Autre – Précisez	<input type="checkbox"/>

Joindre votre photo pour votre carte de membre tel que recommandé dans : [apac.org.uk/membership-card-photo-requirements](http://apac.org.uk/membership-card-photo-requirements)

*Note : NON requis pour la Matinée d'Introduction*

Location	Date de début de formation
----------	----------------------------

### 1. Détails personnels

Mr/Mme/Autre	Identité du genre
--------------	-------------------

Prénom	Nom
--------	-----

Adresse personnelle
---------------------

Ville
-------

Commune	Code postal
---------	-------------

Pays
------

No. tél. personnel	No. tél. travail	No. Portable
--------------------	------------------	--------------

Courriel personnel	<i>Veillez informer immédiatement le bureau en cas de changement d'adresse</i>
--------------------	--

Date de naissance	Pays de naissance
-------------------	-------------------

Nationalité
-------------

Confirmez votre accord pour que votre photo apparaisse dans le Registre en ligne.	<input type="radio"/>	Oui	<input type="radio"/>	Non
---	-----------------------	-----	-----------------------	-----

## 2. Éducation/Formation

Quel est votre plus haut niveau de qualification ?

Université	
Date de début	Diplôme (Licence, Maîtrise...)
Matière	Note

### Autre éducation

Dates de formation	Organisme de formation	Nom de la formation	Qualification obtenue

## 3. Expérience professionnelle

Combien d'années d'expérience de travail avec les enfants au total avez-vous ?

Commencez par votre employeur le plus récent et lister le travail effectué par ordre chronologique. Détaillez les périodes de non-travail le plus précisément possible. Si vous n'avez jamais été employé ou êtes sans emploi depuis un certain temps, donnez les détails d'autres expériences ou de formation. Mentionnez tout autre travail de volontariat.

De (m/a)	A (m/a)
Nom de l'employeur et nature de l'emploi	
Position tenue / devoirs et responsabilités	
De (m/a)	A (m/a)
Nom de l'employeur et nature de l'emploi	
Position tenue / devoirs et responsabilités	

De (m/a)	A (m/a)
Nom de l'employeur et nature de l'emploi	
Position tenue / devoirs et responsabilités	
De (m/a)	A (m/a)
Position tenue / devoirs et responsabilités	
Nom de l'employeur et nature de l'emploi	

---

#### 4. Raisons pour souhaiter participer à cette formation

---

---

#### 5. Communiquez les informations de santé en cas de prise de médicament (par exemple, diabète, épilepsie, asthme).

*Un certificat médical pourrait vous être demandé.*

---

---

#### 6. Invalidité.

Merci de nous signaler si vous avez des besoins d'aménagement en accessibilité.

---

## 7. Contact en cas d'urgence

Nom	
Lien avec la.le participant.e:	
No de contact :	Courriel :

## 8. Protection et confidentialité des données

Votre consentement est nécessaire pour que *Academy of Play and Child Psychotherapy* (APAC) collecte et enregistre votre nom, adresse et autres données personnelles afin de :

- Vous accepter dans la formation et vous envoyer les communications relatives à votre adhésion au Registre national
- Communiquer avec votre superviseur.e clinique et votre organisation de placement
- Évaluer vos progrès durant la formation
- Noter vos dissertations
- Permettre à la Directrice de formation et autre personnel de vous soutenir
- Évaluer la qualité de notre formation et préparer les rapports de suivi (votre identité reste confidentielle)
- Vous envoyer les transcriptions relatives à vos résultats cliniques et académiques
- Assurer la liaison avec le '*British Council for Therapeutic Interventions with Children*' et l'Autorité des Standards Professionnels en matière de plaintes

Vos données sont stockées conformément aux nouvelles règles de la Commission nationale de l'information et des libertés (CNIL) de 2020 et l'application du Règlement général sur la protection des données (RGPD). Vos informations ne seront pas divulguées à d'autres organisations ou personnes sans votre consentement, sauf lorsque requis à des fins légales ou d'urgence. Votre Directrice de formation et le personnel enseignant sont responsables de la sécurité de vos données sur le lieu de formation et ailleurs. Vos données seront conservées par APAC pendant six ans après la fin de formation.

Veillez confirmer les affirmations suivantes :

<input type="checkbox"/>	<del>Je comprends que la gestion des inscriptions de APAC s'inscrit dans le cadre du CNIL et que les informations personnelles que j'ai déclarées sont conservées électroniquement et sont susceptibles d'être vérifiées avec d'autres informations que j'ai transmises à d'autres organismes publics.</del>
<input type="checkbox"/>	Je consens à ce que APAC utilise mes données de façon anonyme à des fins de recherche sur l'efficacité de la thérapie par le jeu.
<input type="checkbox"/>	Je consens à ce que APAC partage les détails de ma candidature avec les partenaires de son programme ( <i>Leeds Beckett University</i> si applicable) afin que ces derniers les utilisent pour leur programme à des fins d'éligibilité et d'enregistrement pendant la durée de la formation.
<input type="checkbox"/>	J'ai lu et compris la politique de confidentialité de APAC tel que figurant : <a href="http://apac.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/APAC-Privacy-Notice.pdf">apac.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/APAC-Privacy-Notice.pdf</a>

**9. Répondre aux questions suivantes UNIQUEMENT si vous postulez pour le Certificat en Thérapie par le Jeu – Niveau 2 / Certificat en Thérapie par le Jeu – Niveau 2 (Formation intensive en 15 jours à La Mouline)**

Combien d'heures cliniques avez-vous complété jusqu'à présent ?

Actuellement, la condition est de 50 heures et est sujette à modification par la suite.

Avez-vous soumis votre travail académique avant de postuler ?

Oui

Non

Si vous avez répondu Oui, spécifiez les libellés et leur date de soumission

Directrice de formation

Date de soumission

Si vous avez répondu Non, expliquez pourquoi

**10. Déclaration d'engagement**

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations fournies. Je suis conscient.e qu'une fausse déclaration résulterait un rejet de ma candidature/résiliation de mon inscription ou pourrait entraîner des poursuites judiciaires.

J'agréee à fournir toute information supplémentaire nécessaire à cette candidature. Je comprends que ces informations seront traitées avec confidentialité.

**11. Je conviens de signer ce formulaire afin de signifier que :**

J'ai lu et compris la politique de confidentialité tel que figurant sur : [apac.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/APAC-Privacy-Notice.pdf](http://apac.org.uk/wp-content/uploads/2021/10/APAC-Privacy-Notice.pdf)

J'ai lu et compris la clause de la Protection des données et de confidentialité ci-dessus.

Je confirme la déclaration d'engagement ci-dessus.

Je certifie que les informations fournies sont vraies et correctes et que ma signature électronique (quel que soit sa forme) est concluante de mon intention d'être lié.e par ce contrat comme s'il avait été signé manuellement.

Signature

Date

## 12. Référents

Matinée d'introduction à la Thérapie par le Jeu	Non exigée.
Certificat Niveau 1	Un de vos référents doit être votre supérieur.e ou votre employeur actuel ou équivalent, et l'autre une personne qui peut apporter une référence.
Certificat Niveau 2	Un de vos référents doit être votre superviseur.e clinique de votre pratique de thérapie par le jeu et l'autre votre directrice de formation.

Nom de la personne référente	Adresse du courriel	Comment vous connaissent-ils ?
------------------------------	---------------------	--------------------------------

Les termes et conditions d'APAC peuvent être lus ici : [apac.org.uk/terms-and-conditions/](https://apac.org.uk/terms-and-conditions/)