

Formulaire de qualification

Si vous êtes un nouveau client, veuillez remplir ce formulaire. La vente du matériel identifié avec un 'B' ou un 'C' est restreinte selon les principes établis par le Code d'éthique professionnelle des psychologues.

Le matériel 'B' requiert des cours universitaires en tests et mesures ou une formation accréditée équivalente.

Le matériel 'C' requiert soit une formation ou de l'expérience dans l'utilisation des tests psychométriques, un diplôme universitaire dans une profession appropriée, être psychologue licencié(e) ou être membre d'une corporation professionnelle pertinente. À cet effet, en vertu des lois provinciales, seul(e)s les résidents(es) de la province de Québec membres de l'OPCCOQ peuvent se procurer du matériel identifié avec la lettre 'C'.

ADRESSE Résidence Bureau

Nom	Entreprise	Titre
Adresse	Ville	Province
Code Postal	Pays	
()	()	
Téléphone	Télécopieur	Courrier électronique

DE CES CHOIX, LEQUEL OU LESQUELS DÉCRIVENT VOTRE FORMATION?

<input type="checkbox"/> Doctorat	Programme	Institution	Année
<input type="checkbox"/> Maîtrise	Programme	Institution	Année
<input type="checkbox"/> Baccalauréat	Programme	Institution	Année
<input type="checkbox"/> Licence	Domaine	# Licence	
<input type="checkbox"/> Membre	Veuillez spécifier les associations professionnelles dont vous êtes membre.		
<input type="checkbox"/> Atelier d'accréditation	MBTI – Lieu		Date
	Strong – Lieu		Date
	Entreprise accordant l'accréditation		

INDIQUEZ VOS CHAMPS D'EXPERTISE PROFESSIONNELLE

<input type="checkbox"/> Conseiller en orientation	<input type="checkbox"/> Personnel	<input type="checkbox"/> Réadaptation
<input type="checkbox"/> Counseling	<input type="checkbox"/> Formation	<input type="checkbox"/> Scolaire
<input type="checkbox"/> Familles et couples	<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Éducation spécialisée
<input type="checkbox"/> Organisationnel-industriel	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	<input type="checkbox"/> Autre

SIGNATURE DU PROFESSEUR (Les étudiants devront avoir l'autorisation de leur professeur.)

Signature du professeur	Date
<small>(J'accepte de superviser l'utilisation de ce matériel par cet(te) étudiant(e).)</small>	

Nom du professeur (en lettres moulées)

Université / Département

TYPE DE TRAVAIL

- Affaires
 - Gouvernement
 - Maternelle au secondaire
 - Université
 - _____
- Autres

INDIQUEZ LES COURS COMPLÉTÉS

B - Baccalauréat Es - Études supérieures

B Es

- Orientation de carrière
 - L'interprétation de tests
 - Psychométrie, test et mesures
 - L'utilisation des test psychométriques
 - _____
- Autres

Je certifie par la présente que j'ai pris connaissance des éléments essentiels de l'utilisation appropriée des tests psychométriques ainsi que des normes fixées émises par les associations professionnelles. De plus, j'atteste devant Psychometrics Canada que je possède la formation et la compétence requises pour l'utilisation du matériel que je me procure. Je m'engage à administrer les tests psychométriques en accord avec les lois et les règlements de ma province et de mon pays ainsi que selon le code de déontologie de ma profession.

Signature de l'acheteur

Date

PSYCHOMETRICS CANADA LTÉE.
7125 – 77^{ième} Avenue
Edmonton AB T6B 0B5 Canada
800.661.5158

Téléphone 780.469.2268
Télécopieur 780.469.2283

WWW.PSYCHOMETRICS.COM