



## Demande d'adhésion à l'ACTS

Pour remplir les conditions d'adhésion à la catégorie des membres individuels affiliés à l'ACTS, vous devez être diplômé d'un programme de service social accrédité par l'Association canadienne pour la formation en travail social (ACFTS) ou détenir un diplôme reconnu par l'organisme de réglementation en service social de votre province aux fins de l'inscription comme travailleur social. L'adhésion à titre individuel n'est offerte que dans les régions du Canada (Alberta, Ontario, Québec), qui ne sont pas représentées par une organisation affiliée, et il n'existe aucune organisation partenaire de l'ACTS.

### Catégories de membres

1. **Membre affilié** (50 \$) – Travailleur social pratiquant à plein temps ou à temps partiel, ou à la retraite.
2. **Membre étudiant** (*gratuit*) – personne inscrite à un programme de service social accrédité par l'Association canadienne pour la formation en travail social (ACFTS) ou à un programme de diplôme reconnu par l'organisme provincial de réglementation en service social aux fins de l'inscription comme travailleur social. Les adhésions comme étudiant prennent fin à la date de renouvellement qui suit la date d'achèvement de son programme reconnu de service social.

Je demande d'adhérer à l'ACTS en tant que :

Membre affilié                       Membre étudiant

### Coordonnées

Nom	
Adresse civique	
Ville, province code postal	
Téléphone à la maison	
Téléphone au travail	
Adresse courriel	

### Renseignements relatifs au travail

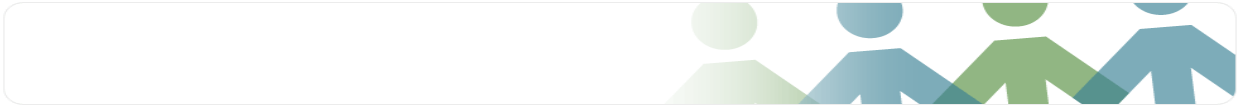
Poste occupé	
Employeur/organisme	
Ville, province code postal	
Téléphone à la maison	
Téléphone au travail	
Adresse courriel	

### Formation

**Veillez n'inscrire que les compétences acquises en service social** (ne s'applique qu'à ceux qui demandent d'adhérer comme affiliés)

Diplôme	Année de délivrance	Établissement d'enseignement

(Il se pourrait que l'ACTS demande à l'établissement d'enseignement de lui fournir votre relevé de notes)



***Applicable exclusivement aux travailleurs sociaux formés à l'étranger***

L'ACT ou un autre service provincial reconnu d'évaluation des compétences a reconnu ma formation comme équivalente à un B.Serv.Soc. ou une M.Serv.Soc. :

- Oui  Non

Si vos compétences ont été évaluées par un service reconnu d'évaluation des compétences acquises à l'étranger, autre que l'ACTS, veuillez annexer la confirmation de vos résultats à la présente demande.

***Demandeurs étudiants seulement:***

Je suis inscrit(e) à un programme accrédité ou reconnu de formation en service social au niveau du :

- Certificat  B.Serv.Soc.  M.Serv.Soc.  Doctorat

Numéro d'identification d'étudiant	
Établissement d'enseignement et lieu	
Année d'étude	
Année prévue d'obtention du diplôme	

**Langues autres que le français**

---

Écrites: \_\_\_\_\_  
Parlées: \_\_\_\_\_

**Statut réglementaire**

---

Êtes- vous inscrit(e) auprès d'un organisme provincial/territorial de réglementation en travail social au Canada ?

- Oui  Non

Avez-vous déjà été un travailleur social, ou autre professionnel, inscrit, agréé, certifié ou autorisé dans une sphère de compétence quelconque? Veuillez préciser laquelle ou lesquelles :

---

---

Le cas échéant et si vous n'êtes plus en règle, veuillez expliquer :

---

---

J'autorise par la présente l'ACTS à communiquer avec les organismes de réglementation actuel ou antérieurs au sujet de mon statut réglementaire :  Oui



## Pratique du service social

Quel est votre principal champ de pratique?

*Cocher plus d'une case, si nécessaire*

Développement communautaire	<input type="checkbox"/>	Santé mentale des adultes	<input type="checkbox"/>
Santé mentale des enfants et des jeunes	<input type="checkbox"/>	Déficience	<input type="checkbox"/>
Bien-être de l'enfance	<input type="checkbox"/>	Services aux aînés	<input type="checkbox"/>
Intégration communautaire	<input type="checkbox"/>	Justice/services correctionnels	<input type="checkbox"/>
Formation en service social	<input type="checkbox"/>	Programmes d'aide aux employés	<input type="checkbox"/>
Santé/secteur médical	<input type="checkbox"/>	Services à la famille	<input type="checkbox"/>
Services multiculturels	<input type="checkbox"/>	Alcoolisme et toxicomanie	<input type="checkbox"/>
Professionnel/industriel	<input type="checkbox"/>		
Autre (veuillez préciser)			

*Quelle est la principale tâche liée à votre emploi?*

Gestion/administration/supervision	<input type="checkbox"/>
Planification et élaboration des politiques	<input type="checkbox"/>
Enseignement et recherche	<input type="checkbox"/>
Services de première ligne	<input type="checkbox"/>
Développement et sensibilisation communautaires	<input type="checkbox"/>
Autre (veuillez préciser)	

## Paiement

Veuillez faire parvenir ce formulaire avec votre paiement par la poste à :

**Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux**  
**383, rue Parkdale, bureau 402**  
**Ottawa, Ontario, K1Y 4R4**

- L'ACTS remettra un reçu aux fins d'impôt pour les cotisations reçues
- L'ACTS vous confirmera votre d'adhésion après avoir accepté vos qualifications et avoir reçu votre paiement

Veuillez adresser toute question relative à l'adhésion à [sandra.veilleux@casw-acts.ca](mailto:sandra.veilleux@casw-acts.ca) ou téléphoner au 1-855-729-CASW (2279).



## Déclarations

Toute personne qui demande à devenir membre s'engage à se conformer au [Code de déontologie de l'ACTS](#), applicable aux travailleurs sociaux.

Chaque mois l'ACTS envoie aux membres par courriel, des mises à jour sur les opérations de l'ACTS et le plaidoyer, y compris un bulletin électronique et des communiqués de presse. Si vous souhaitez que votre nom et votre adresse soient retirés de cette liste d'envoi, veuillez cocher la case qui suit :

Il arrive à l'occasion que les listes d'envoi de l'ACTS soient mises à la disposition d'entreprises soigneusement filtrées qui annoncent des services pertinents pour les travailleurs sociaux (p.ex. de l'information relative à des conférences, des ressources professionnelles). Veuillez noter qu'on ne leur communique jamais d'adresses courriel. Si vous souhaitez que votre nom et votre adresse soient retirés de cette liste d'envoi, veuillez cocher la case qui suit :

L'ACTS offre un service de surveillance quotidienne des nouvelles nationales diffusées par les médias, relatives à la profession du service social. Si vous ne désirez pas ajouter votre adresse courriel à la liste de distribution de notre *service de surveillance des médias*, veuillez cocher la case qui suit :

En signant cette déclaration, la personne qui demande l'adhésion affirme que tous les renseignements fournis sont exacts. Elle autorise aussi l'ACTS à communiquer avec les sphères de compétence actuelle et antérieures pour obtenir des renseignements liés à son statut réglementaire. Elle autorise enfin l'ACTS à vérifier toute l'information fournie relative à sa formation et ses antécédents de travail.

\_\_\_\_\_  
Signature de la demanderesse  
ou du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date



### *Espace réservé à l'ACTS seulement*

**Date de réception:** \_\_\_\_\_  
**Date d'approbation:** \_\_\_\_\_  
**Cotisation reçue:** \_\_\_\_\_  
**Approbation/initiales:** \_\_\_\_\_  
**Date de renouvellement** \_\_\_\_\_