

SECTION 1 - IDENTIFICATION DU MÉDIATEUR

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse du lieu de pratique de la médiation familiale :

Notez que, suivant l'article 6 du Règlement sur la médiation familiale, votre adresse sera obligatoirement publiée sur la liste des médiateurs.

No _____ Rue _____ Ville _____ Code postal _____

Téléphone (bureau) : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

SECTION 2 – STATUT

Date de formation : _____
jj / mm / aaaa

STATUT	COCHEZ	No DE MEMBRE ou D'EMPLOYÉ
Avocat	☐	_____
Conseiller d'orientation	☐	_____
Notaire	☐	_____
Psychoéducateur	☐	_____
Psychologue	☐	_____
Travailleur social	☐	_____
Employé d'un établissement qui exploite un Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et membre du conseil multidisciplinaire de celui-ci.	☐	_____

SECTION 3 – FORMATION DE BASE EN MÉDIATION FAMILIALE

3.1 Contenu obligatoire (cochez)

SUJETS RELIÉS À LA SÉPARATION, AU DIVORCE OU À LA NULLITÉ DU MARIAGE

- Aspects économiques, légaux ou fiscaux ☐
- Aspects psychologiques et psychosociaux, dont 3 h de sensibilisation aux conditions de vie des personnes après la rupture ☐
- Processus de médiation (notamment la déontologie), négociation (notamment les obstacles à la négociation et l'équilibre des forces présentes) ☐

SENSIBILISATION À LA PROBLÉMATIQUE DE LA VIOLENCE INTRA-FAMILIALE ☐

3.2 Pièces justificatives

Fournir, en annexe, une description et une attestation de cours comportant les renseignements suivants :

- Nom(s) du(des) responsable(s)
- Organisme ou institution (s'il y a lieu)
- Adresse du(des) responsable(s) de l'organisme ou de l'institution
- Sujet(s) abordé(s)
- Date(s)
- Nombre d'heure(s)

Dans le cas d'une attestation, la signature du(des) responsable(s) ou d'un représentant autorisé de l'organisme ou de l'institution est nécessaire.

SECTION 4 – EXPÉRIENCE

Nombre d'années d'expérience dans l'exercice du domaine de compétence : _____

Date d'inscription au Tableau de l'Ordre : _____

SECTION 5 – ENGAGEMENT

Je, soussigné, _____, conformément aux dispositions du *Règlement sur la médiation familiale*, m'engage, **dans les deux ans de mon accréditation** :

5.1 Formation complémentaire (cochez)

à suivre les 45 h de formation complémentaire requise pour rencontrer les exigences du *Règlement* et consistant en un approfondissement des mêmes sujets que la formation de base (sujets reliés à la séparation, au divorce ou à la nullité du mariage), soit :

- 15 h de processus de médiation ☐
- ET
- **pour les non-juristes** : 30 h sur les aspects économiques, égaux et fiscaux ☐
- **pour les juristes** : 30 h sur les aspects psychologiques et psychosociaux ☐

5.2 Mandats supervisés (cochez)

- à compléter deux mandats de médiation globale (comportant quatre objets et au moins quatre séances de supervision en cours de mandat) ☐
- à compléter trois mandats de médiation (comportant au moins trois séances de supervision en cours de mandat) ☐
- à compléter cinq mandats de médiation (comportant au moins une séance de supervision en cours de mandat) ☐
- que parmi les mandats supervisés soumis, au moins cinq se soient terminés par une entente portant sur tous les objets et, pour ces mandats, avoir traité au moins deux fois les quatre objets de la médiation ☐

5.3 Signature

Inscrire le nom du superviseur du premier mandat de médiation (article 4 du *Règlement sur la médiation familiale*) :

Nom : _____ Profession : _____

De plus, j'informerai l'organisme accréditeur concerné, le plus tôt possible et dans le délai imparti, du respect des engagements, ci haut décrits, par la présentation du Rapport sur le respect des engagements accompagné des pièces justificatives.

Fait à _____, le _____ 20 _____

Signature du demandeur

SECTION 6 - FRAIS POUR L'ÉTUDE DE LA DEMANDE – MODE DE PAIEMENT

Les frais d'administration sont de 74.73 \$
(65,00 \$ + TPS 3,25 \$ + TVQ 5,80 \$)
No de TPS: No de TVQ:

Payable via votre espace en
ligne.

Je m'engage à accéder à mon espace en ligne pour effectuer le paiement de la facture de ma demande d'accréditation au montant de 74.73\$.

Je comprends qu'en omettant d'effectuer le paiement, ma demande ne pourra être traitée.

Signature: _____ Date: _____

SECTION 7 – AFFIDAVIT

Je, soussigné, _____, affirme solennellement que tous les faits et renseignements inscrits sur la présente demande ainsi que les documents et pièces justificatives l'accompagnant sont vrais.

Signature du demandeur : _____

Affirmé solennellement à _____, le _____ 20 _____

Signature du commissaire à l'assermentation

District

Veillez retourner par COURRIEL à l'adresse suivante :

☐ le formulaire dûment rempli

☐ les pièces justificatives, s'il y a lieu

admission@otstcfq.org

À l'usage du Comité d'accréditation seulement – Vous n'avez pas à remplir cette section.

Frais d'administration, paiement reçu le : _____

Vérifié le : _____ Accrédité le : _____

Signature : _____ Signature : _____

Note : dans ce formulaire, la forme masculine désigne, lorsque le contexte s'y prête, aussi bien les femmes que les hommes