



Questionnaire pour superviseuses et superviseurs

Nom:	Prénom:	Date de naissance:
Titre: (lic./Dr en psychologie, dipl., HE, autre)	Université: Haute école:	Année de fin d'études:

*Adresse du cabinet / du bureau		
Institution:	Rue:	Code postal / lieu:
Internet:	Téléphone:	e-Mail:

*est également
l'adresse privée: oui

Adresse privée		
	Rue:	Code postal / lieu:
	Téléphone:	e-Mail:

Quelle est l'adresse pour la correspondance? (veuillez marquer d'une croix ce qui convient)
L'adresse pour la correspondance apparaîtra sur la liste des superviseuses et superviseurs.

- Adresse du cabinet/du bureau
 Adresse privée

Quel(s) titre(s) spécialisé(s) portez-vous ?		
Psychologue spécialisé/e de l'enfance et de l'adolescence FSP <input type="checkbox"/>	Psychologue spécialisé/e en psychothérapie FSP <input type="checkbox"/>	Autre/s:
Délivré le:	Délivré le:	Délivré le:

Expérience professionnelle de psychologue de l'enfance et de l'adolescence	
<input type="checkbox"/> En institution	Période de quand à quand?
Où? Désignation / cahier des charges	
<input type="checkbox"/> En cabinet privé	Période de quand à quand?
Où? Désignation / cahier des charges	
<input type="checkbox"/> Autre/s	Période de quand à quand?
Où? Désignation / cahier des charges	

Disposez-vous d'une formation spécialisée ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Coaching <input type="checkbox"/> Développement de l'organisation	Année de fin d'études	<i>avec</i> ou <i>sans</i> certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> Psychothérapie	Année de fin d'études	<i>avec</i> ou <i>sans</i> certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> Autre/s	Année de fin d'études	<i>avec</i> ou <i>sans</i> certificat
Laquelle / lesquelles? désignation / Institution de formation		
Avez-vous une reconnaissance en tant que superviseuse / superviseur BSO? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
Si oui, depuis quand?		

Avez-vous de l'expérience en matière de suivi et/ou de supervision d'assistant/es et de stagiaires? oui non

<input type="checkbox"/> Supervision de stagiaires et/ou assistant/es	Fréquence ou nombre d'heures	Période ou depuis quand?
Où? Désignation		
<input type="checkbox"/> seulement suivi de stagiaires et/ou assistant/es <input type="checkbox"/> autres activités ou activités analogues	Fréquence ou nombre d'heures	Période ou depuis quand?
Où? Désignation		

Je souhaite figurer (encore) sur la liste officielle des superviseuses et superviseurs de l'ASPEA. oui non

Adjonctions au questionnaire / remarques et autres informations qualifiantes éventuelles :

--

Par ma signature, je certifie que toutes les informations fournies sont conformes à la vérité.	Lieu et date:	Signature:
--	---------------	------------

La CA-ASPEA se réserve, si quelque chose n'est pas clair, de demander des justificatifs supplémentaires.

Veuillez renvoyer ce questionnaire à:

ASPEA
Association Suisse de Psychologie
de l'Enfance et de l'Adolescence
case postale 4720
6002 Lucerne