



*Questionnaire pour superviseuses et superviseurs Reconnaissance dans le cas individuel

(*remplir par la superviseuse ou le 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.		<input type="checkbox"/> Adresse du cabinet/du bureau <input type="checkbox"/> 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	
<input type="checkbox"/> psychologue de l'enfance et de l'adolescence ou de <input type="checkbox"/> pédopsychiatre <i>(veuillez marquer d'une croix ce qui convient)</i>	
<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	avec ou sans certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> Psychothérapie	Année de fin d'études	avec ou sans certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> Autre/s	Année de fin d'études	avec ou sans 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? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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		

Adjonctions au questionnaire / remarques et autres informations qualifiantes éventuelles :

Nom, prénom et adresse de la candidate ou du candidat:

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 4138
6002 Lucerne**