



## \*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	

<b>Disposez-vous d'une formation spécialisée ?</b> <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		
<input type="checkbox"/> <b>Supervision</b> <input type="checkbox"/> <b>Coaching</b> <input type="checkbox"/> <b>Développement de l'organisation</b>	Année de fin d'études	<b>avec</b> ou <b>sans</b> certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> <b>Psychothérapie</b>	Année de fin d'études	<b>avec</b> ou <b>sans</b> certificat
Institution de formation / désignation		
<input type="checkbox"/> <b>Autre/s</b>	Année de fin d'études	<b>avec</b> ou <b>sans</b> certificat
Laquelle / lesquelles? désignation / Institution de formation		
<b>Avez-vous une reconnaissance en tant que superviseuse / superviseur BSO?</b> <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  
Secrétariat  
4500 Soleure**