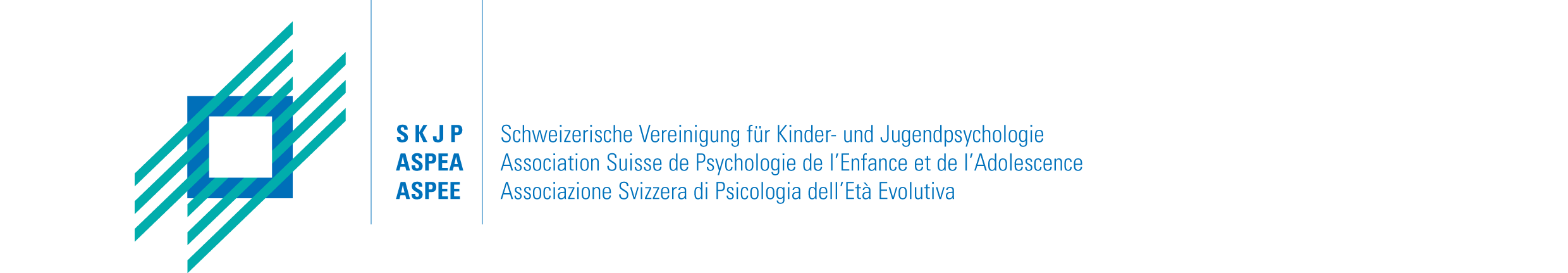
****

## \*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: | | Anneé 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)* | |  | □ Adresse du cabinet/du bureau |
| L’adresse pour la correspondance apparaîtra sur la liste des superviseuses et superviseurs. | |  | □ Adresse privée |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Quel(s) titre(s) spécialisé(s) portez-vous ? | | | |  | |  | | | |
| Psychologue spécialisé/e de l’enfance et de l’adolescence FSP | | Psychologue spécialisé/e en psychothérapie FSP | | | | Autre/s: | | | |
| **□**  Délivré le: | | **□**  Délivré le: | | | | Délivré le: | | | |
| Expérience professionnelle de□ psychologue de l'enfance et de l’adolescence ou de **□** pédopsychiatre *(veuillez marquer d’une croix ce qui convient)* | | |  | | | | |  | |
| **□ En institution** |  | | | | | | | Période  de quand à quand? | |
| Où? Désignation / cahier des charges |  | | | | | | |  | |
| **□ En cabinet privé** |  | | | | | | | Période  de quand à quand? | |
| Où? Désignation / cahier des charges |  | | | | | | |  | |
| **□ Autre/s** |  | | | | | | | Période  de quand à quand? | |
| Où? Désignation / cahier des charges |  | | | | | | |  | |
| Disposez-vous d’une formation spécialisée ? | | |  | | **□ oui □ non** | | | | |
| **□ Supervision □ Coaching**  **□ Développement de l’organisation** | | | | | | | Année de fin d’études | | ***avec*** ou ***sans***  certificat |
| Institution de formation / désignation | | | | | | |  | |  |
| **□ Psychothérapie** | | | | | | | Année de fin d’études | | ***avec*** ou ***sans***  certificat |
| Institution de formation / désignation | | | | | | |  | |  |
| **□ 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? | | | | | | | **□ oui □ 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 | | |
| **□ Supervision de stagiaires et/ou assistant/es** | Fréquence ou nombre d’heures | Période ou depuis quand? |
| Où? Désignation |  |  |
| **□ seulement suivi de stagiaires et/ou assistant/es**  **□ 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**

**4500 Soleure**