****

## \*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** |  | Périodede quand à quand? |
| Où? Désignation / cahier des charges |  |  |
| **□ En cabinet privé** |  | Périodede quand à quand? |
| Où? Désignation / cahier des charges |  |  |
| **□ Autre/s** |  | Périodede 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**