# LogoAdresse

**Évaluation de la PRATIQUE supervisÉe**

**Pour les demandes régulières seulement**

**Nom et prénom du(de la) superviseur(e):**

Adresse :       Ville :       Code postal :

Téléphone :       Télécopieur :

Courriel :

Fournir un bref curriculum vitæ incluant le type de formation reçue, la clientèle actuelle ainsi que le nombre d’années d’expérience.

***Membre de : No de permis :***

Collège des médecins

Ordre des psychologues

Ordres des conseillers(ères) d’orientation

Ordre des infirmiers(ères)

Nombre d’années de pratique :

**Nom et prénom de la personne supervisée :**

Date de début de la supervision :       Date de fin :

Nombre d’heures de pratique supervisées :

Nombre d’heures de contacts directs avec la clientèle :

Nombre de clients traités sous supervision :

Nombre d’heures de supervision :

Individuelle

Groupe       Nombre de personnes/groupe

**Type de clientèle(s)**

Description :

Âge(s)

Catégories de troubles mentaux évalués :

**Apprentissages réalisés**

1. Compétences réflexives (savoir) :

Évaluation : succès (     ) échec (     ) à revoir (     )

1. Compétences interactives (savoir-faire) :

Évaluation : succès (     ) échec (     ) à revoir (     )

1. Compétences affectives (savoir-être) :

Évaluation : succès (     ) échec (     ) à revoir (     )

**Commentaires (s’il y a lieu)** :

**Évaluation du candidat en rapport avec :**

La clarté de l’avis professionnel

La clarté des rapports écrits

La réflexion à propos de son jugement professionnel

Les aspects éthiques et déontologiques

*J’atteste que       démontre les compétences suffisantes pour évaluer les troubles mentaux.*

*Signature du (de la) superviseur(e) :*

*Date*