



## ATTESTATION DE SUPERVISION (40 heures) Clientèle enfant/adolescent

Statuts et règlements APPQ 2021 – Articles 7.17, 7.17.2, 7.17.3

*Cette supervision de quarante (40) heures avec un autre superviseur à propos de deux ou trois patients enfants et/ou adolescents dont le processus psychothérapeutique s'est échelonné sur 10 heures minimalement (10 heures de psychothérapie excluant les entrevues d'évaluation et les rencontres de bilan avec les parents).*

Nom et prénom du supervisé(e)	N° de permis du supervisé(e)
Nom et prénom du superviseur(e)	
Titre(s) professionnel(s) du superviseur(e)	N° de permis du superviseur(e)

PATIENT(E)

Âge :

Genre :

1 formulaire par patient(e)

**Impressions cliniques (au besoin joindre une feuille)**


Date du début de la supervision	Date du début de la psychothérapie psychanalytique
Fréquence de la supervision	Fréquence du suivi
Date de fin de la supervision	Date de fin de la psychothérapie psychanalytique
Nombre total de séances de supervision	Nombre total de séances de psychothérapie psychanalytique
Autres heures de supervision sur des demandes ponctuelles	

**Commentaires du superviseur(e) (au besoin joindre une feuille)**


Signature du superviseur(e)

Signature du supervisé(e)

Date : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_