



PORTRAIT DU SUPERVISEUR

Nom : _____

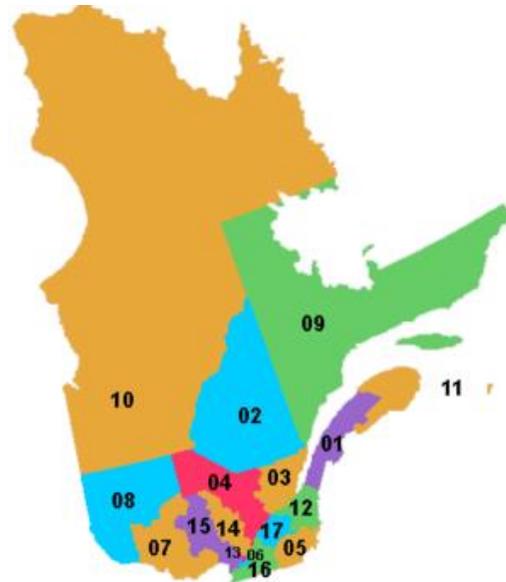
Tél : _____ Courriel : _____

Type de membre : Actif Solidaire Honoraire Années d'expériences en travail de rue : _____

Service(s) offert(s) : Supervision Individuelle Supervision de Groupe Formation

Région(s) disponible(s) pour offrir le(s) service(s) :

- ___ 01 Bas-St-Laurent
- ___ 02 Saguenay Lac-St-Jean
- ___ 03 Capitale-Nationale
- ___ 04 Mauricie
- ___ 05 Estrie
- ___ 06 Montréal
- ___ 07 Outaouais
- ___ 08 Abitibi-Témiscamingue
- ___ 09 Côte-Nord
- ___ 10 Nord-du-Québec
- ___ 11 Gaspésie/ Iles-de-la-Madeleine
- ___ 12 Chaudières-Appalaches
- ___ 13 Laval
- ___ 14 Lanaudière
- ___ 15 Laurentides
- ___ 16 Montérégie
- ___ 17 Centre-du-Québec



(Veuillez utiliser l'espace dont vous avez besoin pour répondre aux questions suivantes)

Expérience et parcours professionnel:



PORTRAIT DU SUPERVISEUR

Pourquoi vouloir faire de la supervision :

Descriptif de l'approche utilisée:

Déclaration du/de la superviseur-e clinique:

J'ai lu et j'accepte les conditions d'adhésion de l'ATTRueQ tel que décrites dans les règlements généraux officiels de l'Association des Travailleurs et Travailleuses de Rue du Québec ».

Je reconnais aussi le code d'éthique de l'ATTRueQ et m'engage à offrir un cadre clinique qui permet de respecter ce-dit code d'éthique.

Date

Signature de la/du superviseur-e clinique