

**CONTRAT DE SUPERVISION ENTRE
COSUPERVISEURS**

PROFIL DU COSUPERVISEUR 1

RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom : _____

Titre : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Champs d'intérêt : _____

Champs d'expertise : _____

Expériences pertinentes comme professionnel de la santé : _____

Expériences pertinentes comme superviseur : _____

Style d'enseignement : _____

Style d'apprentissage : _____

Défis professionnels : _____

ATTENTES

Vision du processus de cosupervision : _____

Attentes envers le cosuperviseur : _____

Attentes envers le stagiaire : _____

PROFIL DU COSUPERVISEUR 2

RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom : _____

Titre : _____

N° de téléphone : _____

Courriel : _____

RENSEIGNEMENTS PROFESSIONNELS

Champs d'intérêt : _____

Champs d'expertise : _____

Expériences pertinentes comme professionnel de la santé : _____

Expériences pertinentes comme superviseur : _____

Style d'enseignement : _____

Style d'apprentissage : _____

Défis professionnels : _____

ATTENTES

Vision du processus de cosupervision : _____

Attentes envers le cosuperviseur : _____

Attentes envers le stagiaire : _____

MODALITÉS DU STAGE

RENCONTRES DE SUPERVISION ENTRE COSUPERVISEURS

Fréquence/durée des rencontres : Journalières _____ min.
 Hebdomadaires _____ min.
 Bimensuelles _____ min.
 Mensuelles _____ min.

Endroit où se déroulent les rencontres : _____

RENCONTRES DE SUPERVISION AVEC LE STAGIAIRE

Type de rencontres : 1 cosuperviseur 2 cosuperviseurs

Fréquence/durée des rencontres : Journalières _____ min.

- Hebdomadaires ___ min.
- Bimensuelles ___ min.
- Mensuelles ___ min.

Endroit où se déroulent les rencontres : _____

HORAIRE DU STAGE

Date du début du stage : _____ Date de la fin du stage :

Date de l'évaluation mi-stage : _____ Date de l'évaluation finale :

ÉVALUATIONS

- Type de travaux à remettre :
- Plan d'intervention Sommaire des séances
 - Journal de bord Autre
- Mode d'évaluation :
- Auto-évaluation Grille d'évaluation
 - Autre

Critères d'évaluation : _____

GESTION DU STAGE

Protocole de communication

Détails : _____

Protocole de gestion des défis en matière d'éthique et de confidentialité

Détails : _____

Protocole de fonctionnement lors des jours d'absence

Détails : _____

Protocole de gestion des conflits

Détails : _____

SIGNATURES

Cosuperviseur 1 : _____

Cosuperviseur 2 : _____

Date : _____