

# MANDAT DE SUPERVISION



**Demande de supervision**     individuelle  
   collective (nombre de logopédistes : .....)

**Type de supervision**         en présentiel  
   en visioconférence (Zoom)  
   par mail

**Logopédiste bénéficiaire de la supervision** (ou référent.e en cas de supervision collective) :

Nom, Prénom : .....

E-mail : .....

Téléphone (où vous pouvez être joint.e le plus facilement) : .....

**Nombre d'heures de supervision demandées:** .....

**Lieu souhaité de la supervision :** .....

**Facture à adresser à :**

Nom/Prénom ou Institution (si payeur) :  
.....

Adresse postale complète : .....

E- mail : .....

PS : Le paiement du mandat de supervision doit être effectué avant la première séance.

Par votre signature, vous approuvez avoir pris note des tarifs et modalités pratiques des différentes formes de supervision proposées.

**Lieu et date :**

**Signature :**