

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 de séances de supervision souhaitées :

Durée de chaque séance de supervision :

Lieu souhaité de la supervision (si présentiel) :

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 (voir document annexé).

Lieu et date :

Signature :