|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’intervenant.e : |  |  | Point de service (équipe) : |  |
| Date de la supervision : |  |  |  |  |

Au besoin, initiales de l’enfant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Réflexions et questions sur mon intervention** (apprentissages, inquiétudes, bons coups, émotions, etc.) |
|  |

|  |
| --- |
| **Ce dont j’aimerais discuter en supervision** *.* |
| **Situation :** |
| **Besoin :**  |

|  |
| --- |
| **Mon bon coup du mois**  |
|  |

** Envoyer le document à ma coordonnatrice et à mon/ma superviseur.e 3 jours ouvrables avant la supervision ou au moment convenu**