**Demande en vue du soutien du CSCSP à une supervision**

**Informations relatives à l’institution :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom(Domaine)Adresse |       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Interlocutrice ou interlocuteur au sein de l’institution :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / prénom |       |
| Fonction |       |
| Adresse |       |
| Adresse électronique |       |
| Tél. centrale |       | Tél. direct |       |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contexte / motifs**

(Veuillez décrire brièvement les raisons pour lesquelles vous souhaitez demander une supervision.)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objectif(s)**

(Quel(s) objectif(s) souhaitez-vous atteindre à l’aide de la supervision ?)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Urgence de la demande**

**[ ]  Très urgente [ ]  Urgente [ ]  Moyennement urgente [ ]  Peu urgente**

Remarques :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Forme souhaitée :**

[ ]  Supervision d’équipe

[ ]  Supervision de cas

[ ]  Supervision de groupe

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Informations relatives au cadre financier et temporel**

Coûts prévus pour les trois séances : Total en CHF      [[1]](#footnote-2)

Période prévue pour les séances :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Demande**

Par la présente, je sollicite un soutien auprès du CSCSP en vue de trois séances de supervision au sein de notre institution, pour un montant de      [[2]](#footnote-3) CHF (conformément à la notice sur la supervision).

Remarques :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : |       |  | Signature :  |        |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Le présent formulaire doit être envoyé à supervision@cscsp.ch ; merci beaucoup !

Vos informations sont traitées de manière confidentielle.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de réception par le CSCSP :** |  |

**Décision du CSCSP**

[ ]  Demande accordée [ ]  Demande partiellement accordée [ ]  Demande refusée

Motifs :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date : |       |  | Signature :  |        |

1. Veuillez joindre à la demande une copie du devis. [↑](#footnote-ref-2)
2. Le **maximum** accordé est de **50 %** **des coûts pour trois séances** (**plafond des coûts**). [↑](#footnote-ref-3)