



**STATUT**

**N° DE MEMBRE/PERMIS OU D'EMPLOYÉ**

- Avocat # \_\_\_\_\_
- Conseiller d'orientation # \_\_\_\_\_
- Notaire # \_\_\_\_\_
- Psychologue # \_\_\_\_\_
- Travailleur social # \_\_\_\_\_
- Employé d'un établissement qui exploite un Centre jeunesse # \_\_\_\_\_

Date d'accréditation à titre de médiateur sans engagement :

\_\_\_\_\_

Date depuis laquelle je réponds aux exigences pour être superviseur :

\_\_\_\_\_

**3. MANDATS DE MÉDIATION FAMILIALE COMPLÉTÉS SOUS SUPERVISION  
FORMULAIRE DU SUPERVISEUR ET AFFIDAVIT**

**NOM DU MÉDIATEUR** \_\_\_\_\_

<b>Mandats</b>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
<b>Nombre d'objets traités :</b>										
Garde										
Accès										
Aliments										
Partage										
<b>Séances supervisées :</b>										
date :										
date :										
date :										
date :										
<b>Entente</b>										
<b>Sans entente</b>										
<b>Nombre de séances totales</b>										
<b>4 séances de supervision dans 2 mandats de 4 objets</b>										
<b>3 séances de supervision dans 3 autres mandats</b>										
<b>1 séance de supervision sur 5 autres mandats</b>										

JE \_\_\_\_\_ SOUSSIGNÉ(E), DÉCLARE SOLENNELLEMENT QUE \_\_\_\_\_ A COMPLÉTÉ LES MANDATS CI-HAUT DÉCRITS SOUS MA

SUPERVISION. À \_\_\_\_\_ CE \_\_\_\_\_ 200

#### 4. AFFIDAVIT

Je déclare rencontrer les exigences du règlement sur la médiation familiale, concernant la qualité de la supervision.

J'autorise l'Ordre des psychologues du Québec à échanger des informations avec les établissements d'enseignement, les formateurs, les superviseurs et les employeurs en lien avec ma demande d'accréditation.

\_\_\_\_\_

Signature du superviseur

Assermenté devant moi à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_  
date

\_\_\_\_\_  
Commissaire à l'assermentation pour le district de \_\_\_\_\_

*Remarque : Le genre masculin est utilisé ici dans le seul but d'alléger le texte.*