**FORMULAIRE D’ÉVALUATION DU SupervisEUr DE L’ACPS**

Ce formulaire doit être rempli par le superviseur de l’internat au nom de requérant de l’Association canadienne de psychologie du sport. Une fois rempli, veuillez l’envoyer directement par courriel au Dr. Laura Farres, Présidente du Comité d’examen.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Date:** |  | **Nom du requérant de l’ACPS:** |  |

* Le requérant ci-dessus vous a identifié en tant que **superviseur d’internat approuvé de l’ACPS (Association canadienne de psychologie du sport).** Afin de pouvoir être qualifié en tant que superviseur, vous devez avoir été membre professionnel de l’ACPS pendant 5 ans ou avoir été pré-approuvé par le Comité d’examen en tant que superviseur pour ce candidat. Veuillez indiquer (✓) votre catégorie dans l’une des cases ci-dessous:

|  |  |
| --- | --- |
| Membre professionnel de l’ACPS (5 ans ou plus): |  |
| Superviseur pré-approuvé pour ce candidat: |  |

* Nous aimerions obtenir de votre part une évaluation honnête du travail et des compétences de cette personne. Veuillez répondre aux questions de ce formulaire en fournissant autant de détails que possible. Votre évaluation sera strictement confidentielle.
* **Renseignement concernant le superviseur d’internat**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom: |  | | | |  | Prénom: | |  |
| Institution/Affiliation: | |  | | | | | | |
| Département: |  | | | | | | | |
| Courriel: |  | | | | | | | |
| Téléphone au travail: | | |  | |  | Téléphone cellulaire: | |  |
| **Profession** (Veuillez cocher ou surligner toutes les catégories applicables): | | | | | | | | |
| * Consultant sur la performance psychologique * Psychologue Clinique agréé * Professeur/Enseignant * Chercheur | | | | * Professionnel de la santé * Conseiller * Administrateur * Autre (veuillez spécifier): | | |  | |

**Évaluation du superviseur d’internat**

1. Veuillez décrire le(s) contexte(s) de travail sur la psychologie du sport que vous avez supervisé(s) (e.g., équipes, sports, niveau de compétition, etc.)

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez indiquer le nombre d’heures de supervision directe: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervision directe: heures passées à directement observer, discuter ou évaluer les compétences du requérant dans le contexte de consultation réel ou par vidéo.

1. Veuillez indiquer le nombre d’heures de supervision indirecte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Supervision indirecte: heures passées à observer, discuter ou évaluer les compétences du requérant lors d’entretiens en tête à tête (pas lors de la consultation réelle) et/ou par l’écoute de cassettes audio, le passage en revue de matériel, par téléphone, courriel ou toute autre forme de supervision technologique indirecte.

1. Veuillez évaluer le requérant sur une échelle de 3 points sur les critères suivants, en indiquant si oui ou non il remplit chaque critère de l’évaluation. Veuillez fournir des commentaires pertinents et évaluatifs (e.g., dans le cas d’une situation problématique, expliquez si elle a été gérée et de quelle façon, les leçons que le requérant en a tirées, etc.)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Critère** | **1 inférieur aux attentes** | **2 répond aux attentes** | **3 supérieur aux attentes** |
| 1. Capacité à bâtir une relation de confiance lors des consultations dans le contexte du sport. |  |  |  |
| Commentaires: | | | |
| 1. Capacité à développer et structurer des interventions lors desquelles le client et le consultant sont tous deux engagés et ont des responsabilités. |  |  |  |
| Commentaires: | | | |
| 1. Capacité à déterminer les forces et les faiblesses du client. |  |  |  |
| Commentaires: | | | |
| 1. Capacité à aider au développement de solutions quant aux problèmes de performance ou lies au quotidien selon les besoins du client. |  |  |  |
| Commentaires: | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Critère** | | **1 inférieur aux attentes** | **2 répond aux attentes** | | **3 supérieur aux attentes** |
| 1. Capacité à demander l’aide du superviseur au besoin | |  |  |  | |
| Commentaires: | | | | | |
| 1. Capacité à prendre en compte les commentaires du superviseur | |  |  | |  |
| Commentaires: | | | | | |
| 1. Prise en compte des normes éthiques et légales de la profession | |  |  |  | |
| Commentaires: | | | | | |
| 1. Capacité à définir ses propres forces et faiblesses en tant que consultant |  | |  |  | |
| Commentaires: | | | | | |
| 1. Capacité à mettre en place un plan d’action pour tenir compte de ses forces et faiblesses en tant que consultant. |  | |  |  | |
| Commentaires: | | | | | |

1. Veuillez indiquer votre évaluation globale du requérant

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Forces |  |
| 1. Faiblesses/domaines à améliorer |  |
| 1. Autres commentaires pour le Comité d’examen |  |

1. Veuillez indiquer si vous recommanderiez que cette personne soit reconnue par l’ACPS pour la pratique de la psychologie du sport au Canada.

Je recommande que le requérant soit reconnu par l’ACPS pour la pratique de la psychologie du sport au Canada

Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_

**Vérification du superviseur d’internat**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Signature (ou inscrivez votre nom): |  |  | Date: |  |

Une fois rempli, veuillez envoyer ce formulaire directement par courriel au Dre Diane Culver, Présidente du Comité d’examen, à [dculver@uottawa.ca](mailto:dculver@uottawa.ca)