



SUPERVISIEVERKLARING

SCHEMATHERAPIE VLAANDEREN VZW

SUPERVISORGEGEVENS

Naam supervisor: _____

Adres: _____

Postcode/woonplaats: _____

Emailadres: _____

SUPERVISANTGEGEVENS

Naam supervisant: _____

Adres: _____

Postcode/woonplaats: _____

Emailadres: _____

SUPERVISIEGEGEVENS

Soort supervisie: Individueel / met twee / met drie

Eventueel: namen van de andere deelnemers:

Aantal supervisiesessies: _____ Frequentie: _____

Duur van de sessies: _____ minuten Periode: _____ t/m _____

Aantal besproken cliënten/groepen: _____

Leerdoelen:

VERKLARING SUPERVISOR EN SUPERVISANT

Hierbij verklaren supervisor en supervisant dat de supervisie is gegeven over behandelingen met schematherapie.

Aldus naar waarheid ingevuld

Datum: _____

Plaats: _____

Handtekening supervisor

Handtekening supervisant
