

Activité de supervision clinique

Direction du soutien à l'inclusion

Date

Lieu

Spécialiste scolaire

Superviseur clinique

Dates et durée de la visite

Type d'activité

Résumé de l'activité

Forces :

Possibilités :

Planification :

Signatures :

Signature du spécialiste scolaire (à l'encre)

Date

Signature du superviseur (à l'encre)

Date