

A QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'INSTITUT?

- Je suis un(e) musicothérapeute travaillant avec l'Institut
- un(e) musicothérapeute n'ayant pas encore travaillé avec l'Institut
- pas un(e) musicothérapeute, mais j'explore un projet de musicothérapie

Dans le 3e cas, veuillez préciser si vous avez déterminé quel(le) musicothérapeute serait impliqué(e) dans votre projet, sachant qu'il/elle devra travailler avec l'Institut si la proposition est acceptée :

- non, pas encore
- oui, nom : _____

B DESCRIPTION GÉNÉRALE DE VOTRE PROPOSITION

Titre du projet: _____

Profil de clientèle: _____

- enfants adolescents adultes aînés

Objectifs du projet : _____

Échéancier préliminaire du projet (début/fin) : _____

C SERVICES DE MUSICOTHÉRAPIE PROPOSÉS

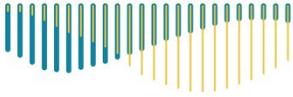
Modalités des services de musicothérapie inclus dans la proposition :

Environnement : online in-person hybrid (online and in-person)

Lieu : à l'Institut dans la communauté à déterminer virtuel

Format : individuel dyade groupe (# participants: min _____, max: _____)

Durée des services proposés (# semaines) : _____



D INFORMATION CONCERNANT LE/LA MUSICOTHÉRAPEUTE IMPLIQUÉ(E)

pas encore déterminé

Nom : _____

Téléphone et courriel : _____

Date de certification (MTA) : _____

années d'expérience à titre de musicothérapeute : _____

Profil des clientèles desservies à ce jour : _____

E INFORMATION À PROPOS DE LA PERSONNE PROPOSANT LE PROJET

même que ci-haut

Nom : _____

Téléphone et courriel : _____

Institution / organisme : _____

Veillez nous envoyer ce formulaire et tout autre information pertinente pouvant nous aider à considérer votre proposition (incluant les curriculum vitae des personnes mentionnées dans les sections D et E) à info@inmt.ca.