



Clinique d'instructeur et évaluateur Formulaire d'inscription

Clinique:

(que vous planifiez
à assister)

ENDROIT

DATE

NOM

TÉLÉPHONE (Cellulaire)

ADRESSE (NO. ET NOM DE RUE)

TÉLÉPHONE (Domicile)

VILLE

PROV./TERR.

CODE POSTAL

COURRIEL

NUMÉRO D'ARBITRE SOFTBALL CANADA: _____ ANNÉES INSCRITES:

CERTIFICATION COMPLÈTE (BR):

(Clinique + Évaluation sur terrain = Certification complète)

NON

OUI

NIVEAU

Année obtenu

CERTIFICATION COMPLÈTE (BL):

(Clinique + Évaluation sur terrain = Certification complète)

NON

OUI

NIVEAU

Année obtenu

HISTORIQUE D'INSTRUCTEUR			HISTORIQUE D'ÉVALUATEUR		
No. d'années instructeur _____			No. d'années évaluateur _____		
	Niveaux enseignés			Niveaux évalués	
	BR	BL		BR	BL
I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Veuillez lister toutes les formations antécédentes dans les domaines de l'enseignement/instruction, de présentation ou d'autres qualifications d'éducation applicables: