



## 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

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