



C-1

Level III – Regional Clinic Report Rapport de clinique régionale – Niveau III

Prov/Terr _____

Year/Année _____

Regional Theory Clinic
Clinique théorique régionale

Regional Evaluation Clinic
Clinique d' évaluation régionale

Location/Lieu _____

Date _____

Clinician(s) - _____

Clinicien(s) _____

List of Candidates / Liste des candidats

	Name – Nom	Address - Adresse	City – Ville	Postal Code Code Postal	Prov Terr	Phone Téléphone	Email
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							
18.							
19.							
20.							

ROC – Arbitre-en-chef

Date

Please complete and send to Volleyball Canada prior to May 31 each year.

Veuillez compléter et envoyer à Volleyball Canada avant le 31 mai.