

**C-2****Level III – Regional Promotion Form
Formulaire de promotion au niveau III - Régional**

Name/Nom _____
 Address/ Adresse _____
 City/Ville _____ Postal Code _____ Prov/Terr _____
 Code Postale _____
 Telephone: _____ Date of Birth _____
 Téléphone: _____ Email/Courriel _____ Date e naissance _____

To be promoted to the Regional level, a candidate must have fulfilled ALL requirements, no more than 2 months following the final session.

Pour recevoir la certification régionale, un candidat doit avoir rempli TOUS ces critères dans un délai de 2 mois suivant la dernière clinique.

The candidate has related experience of at least 2 years at the provincial level.
Le candidat a un minimum de 2 années d' expérience au niveau provincial.

The candidate was recommended by his/her Regional Officials Chairman and accepted by the refereeing committee.
Le candidat fut recommandé par son président du comité des arbitres et accepté par le comité national des arbitres.

The candidate succeeded in his/her theory exam.
Le candidat a réussi l' examen théorique.

Mark:
Note:

The candidate met the standards for promotion in his/her practical performance.
Le candidat a atteint les standards pour la promotion de la performance pratique.

Rating:
Résultat:

The candidate has participated in all theory sessions.
Le candidat a participé à toutes les séances théoriques.

The candidate has returned his/her record of assignments sheet duly filled out.
Le candidat a remis la liste complète des assignations.

The candidate has completed an interview.
Le candidat a réussi son entrevue.

The candidate has completed at least 5 evaluation sheets.
Le candidat a complète un minimum de 5 évaluations.

The candidate has submitted 8 Mentor Evaluations
Le candidat a soumis 8 évaluations de mentors

The candidate has shown significant involvement in refereeing.
Le candidat s' est impliqué de manière significative au niveau de l' arbitrage.

Regional promotion recommended.
Recommandation d' une promotion régionale.

Theory Clinic
 Clinique Théorique _____
 Location / Lieu _____ Date _____

 Clinician(s) / Clinicien(s)

Evaluation Clinic
 Clinique d'évaluation _____
 Location / Lieu _____ Date _____

 Clinician(s) / Clinicien(s)

 Date Submitted / date soumis _____ Signature of ROC / Signature de l' arbitre-en-chef