

Cecchetti Canada
Demande d'évaluation 2020

(Form A009)

ÉVALUATION LICENTIATE

# Tournée :	(Bureau chef)
Date d'examen :	

DÉTAILS DU CANDIDAT	
Prénom :	Nom de famille :
Adresse postale personnelle :	
Ville, province :	Code postal :
Téléphone / Cellulaire :	Courriel :
Date de naissance :	

PRÉREQUIS
<ol style="list-style-type: none">1. Détenir la qualification Advanced 2 CC2. Détenir la qualification Associate Diploma3. Avoir complété 5 années d'enseignement dans la méthode Cecchetti, incluant le niveau Advanced 14. Résultats d'un minimum de 12 heures d'examens présentés après avoir obtenu votre qualification Associate Diploma

INFORMATION SUR VOTRE PROFESSEUR/ENTRAÎNEUR	
(Le professeur qui vous présente, et à qui les résultats seront postés)	
Nom du professeur :	
Adresse postale du professeur :	
Ville, province :	Code postal :
Téléphone :	Courriel :
Avez vous eu d'autres entraîneurs ces derniers six mois? SVP, le/les nommer :	
(Après avoir complété ce formulaire, le candidat ne doit pas s'entraîner avec d'autres que ceux nommés ci-dessus)	

DÉTAILS DE L'EXAMEN
Studio où se déroulera l'examen :
Ville, province :
Date de l'examen :

SVP, poursuivre à la page suivante

Cecchetti Canada
Demande d'évaluation 2020

(Form A009)

ÉVALUATION LICENTIATE

Information importante concernant votre demande d'évaluation : Les candidats qui annulent leur examen avant la date d'échéance (6 semaines avant l'examen) peuvent recevoir un remboursement de 50% du coût de l'examen (moins le dépôt) sous forme d'une note de crédit applicable à un futur examen. Les dépôts sont non-remboursables. Un remboursement partiel sera attribué uniquement si l'avis d'annulation est accompagné d'un certificat médical qui a été approuvé par Cecchetti Canada. Aucun remboursement ni crédit si l'examen est annulé après la date d'échéance.

Aucune correspondance concernant les résultats de l'évaluation n'est permise. La décision de l'examineur est finale.

Poster ce formulaire (A009) et les résultats d'au moins 12 heures d'examens à :

Susan Sheffield
Operations Manager/Examination Administrator
525 Lorne Street, Gravenhurst, ON P1P 1N1
Tel: 705-684-9991 Fax: 705-684-9991 office@cecchetticanada.com

SVP, vous rappeler de remettre une copie de cette demande au professeur qui vous présente pour cette évaluation.

Signature du Candidat : _____ Date : _____

Un membre CC peut être présenté par un autre professeur ou se présenter soi-même. Si vous vous présentez vous-même, veuillez signer sur les deux lignes.

Signature du professeur : _____ Date : _____

Numéro de membre du professeur : _____