



**Association Régionale de Soccer du Lac St.-Louis
Lake St. Louis Regional Soccer Association**

DEMANDE D'ÉVALUATION / ASSESSMENT REQUEST

De/From _____ # Passeport/Passport # _____

Adresse/Address _____

Téléphone _____
rés./home bur./office téléc./fax

Niveau/Grade: _____

Nombre(s) d'évaluation(s) demandée(s) pour / for : _____
Number of assessments requested: _____
année/year

Assessment Evaluation progressive
Progress Evaluation Evaluation pour le comité
Committee Evaluation

Le coût de chaque évaluation est équivalent au coût du match où l'arbitre est évalué
The cost of each evaluation is equivalent to the game fee where the referee is evaluated

Signature: _____ Date: _____

L'**Original** de cette demande doit être envoyée à:
This **original** request must be sent to:

Francine Buchanan
123 Arrowhead Cres
Pointe Claire, QC H9R 3V4
télécopie/fax: 514-694-3851
(appelez avant / call first)

et une **copie** au Bureau Régional
and a **copy** to the Regional Office

ARS Lac St-Louis
Soccerplexe Catalogna
775 - 1e Ave
Lachine, QC H8S 2S6
télécopie/fax: 514-631-3672