

« NOM »	« PRÉNOM »	
Code permanent « CODE »	Sexe « SEXE »	Date d'évaluation « DATE »
Établissement collégial « COLLÈGE »	A.E.C. <input type="checkbox"/> oui	
Adresse « RUE », « VILLE » « PROV/ETAT »		
Code postal « CODE POSTAL »	Téléphone « TÉLÉPHONE »	
Adresse courriel : « COURRIEL »		

<b>CIRCUIT CHRONOMÈTRE</b> Durée maximale de 322 secondes (5 min 22 sec)	
<b>TOUR 1</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cibles lumières</li> <li>▪ Saut</li> <li>▪ Déplacement dans la foule</li> <li>▪ Déplacements latéraux</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Mur grillagé</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Poussées</li> <li>▪ Murets</li> <li>▪ Test T</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p><b>CIBLES LUMIERES</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p> <p><b>SAUT</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p>
<b>TOUR 2</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cibles lumières</li> <li>▪ Saut</li> <li>▪ Déplacement dans la foule</li> <li>▪ Déplacements latéraux</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Mur grillagé</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Tractions</li> <li>▪ Murets</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p><b>CIBLES LUMIERES</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p> <p><b>SAUT</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p>
<b>TOUR 3</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Saut</li> <li>▪ Déplacement dans la foule</li> <li>▪ Déplacements latéraux</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Mur grillagé</li> <li>▪ Escalier</li> <li>▪ Murets</li> <li>▪ Remorquage de la victime</li> <li>▪ Cibles lumières</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><i>Compilation de données à des fins statistiques</i></p> <p><b>SAUT</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p> <p><b>CIBLES LUMIERES</b>            Nombre d'essais    <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/>   <input type="checkbox"/> --► Nombre total                                             1    2    3    4    5 ou + _____</p>
<b>TEMPS TOTAL DE REALISATION</b>	_____ MIN _____ SEC <input type="checkbox"/> ABANDON (NOTER LE TEMPS)
<b>RESULTAT FINAL</b>	<input type="checkbox"/> <b>SUCCES</b> <input type="checkbox"/> <b>ÉCHEC (DOCUMENTER L'ÉCHEC)</b>

<b>NOTES</b> (ex. : raison de l'échec, condition de santé, blessure, motivation d'absence, difficulté observée dans le test)
--

**NOM DU RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION** \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DU RESPONSABLE DE L'ÉVALUATION** \_\_\_\_\_