

Partie à conserver par le candidat

NOM _____

PRENOM _____

CLUB _____

Date de naissance _____

Evaluation faite le _____

PAR _____

EPREUVE _____

Signature de l'évaluateur:



COMITE DEPARTEMENTAL D'ESCRIME DES HAUTS-DE-SEINE

ÉVALUATION ARBITRAGE DÉPARTEMENTAL ÉPÉE

Partie à envoyer par le candidat à l'ATD, à l'adresse ci-dessous

NOM et Prénom du candidat _____

CLUB _____ **Date de naissance** _____

Evaluation faite le _____ **Epreuve** _____

Par _____ **A** _____

Mettre une note de 1 à 4 (1 très bien, 2 bien, 3 à perfectionner, 4 insuffisant)

JUGEMENT		Gestion du terrain	Fautes Sanctions	Gestuelle	Autorité Voix	Place-ment	Tenue
Justesse du HALTE	Justesse de la décomposition						

Observations

Signature

Transmettre à: Maître Thomas MARTIN, 24 rue Grande Fontaine, 78100 ST GERMAIN-en-LAYE