|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DU CADET :**       | **DATE :** AAAA/MM/JJ |

|  |
| --- |
| **SECTION 1 – CONDITIONS PRÉALABLES À LA PROMOTION** |
|  | **RESPECTÉE** | **NON RESPECTÉE** |
| * Détenir le grade de CPL depuis au moins 6 mois
 | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Avoir complété avec succès l’étoile rouge
 | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Participer à l’évaluation de la condition physique des cadets dans le cadre de l’OREN X04 (Bonne forme physique et vie saine)
 | **[ ]**  | **[ ]**  |

|  |
| --- |
| **SECTION 2 – RECOMMANDATION DU RESPONSABLE DE NIVEAU** |
| La recommandation repose sur les critères suivants ainsi que sur l’évaluation des résultats obtenus lors de l’instruction et de l’étude du dossier. |
|  | **À AMÉLIORER** | **ACCEPTABLE** | **EXEPTIONNEL** |
| * Tenue et comportement
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Conduite, discipline et attitude
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Présence
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Participation
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Respect des directives
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité à interagir de façon positive et à être à l’aise en présence d’autres personnes
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité à prendre des décisions judicieuses à l’égard de ses propres actions
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Volonté d’accepter les responsabilités
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité à régler efficacement des problèmes
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité à communiquer efficacement avec les subordonnées, les pairs et les superviseurs
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité à donner un exemple positif aux autres
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
| * Capacité de prendre des initiatives
 | **[ ]**  | **[ ]**  | **[ ]**  |
|  |
| En fonction des critères ci-dessus, je recommande que le caporal : |
| * Ne soit pas promu pour l’instant, mais que sa candidature soit à nouveau prise en considération dans    mois.
 | **[ ]**  |
| * Soit promu dès que possible.
 | **[ ]**  |
| **SIGNATURE DU RESPONSABLE DE NIVEAU :**  | **DATE :** |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 : APPROBATION DU CMDT** |
| La recommandation du RESPONSABLE DE NIVEAU est : |
| * Refusée [ ]
 |
| * Approuvée [ ]
 |
| **SIGNATURE DU CMDT :**  | **DATE :** |

|  |
| --- |
| **REMARQUES** |
|       |