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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SECTION 1 – CONDITIONS PRÉALABLES À LA PROMOTION** | | |
|  | **RESPECTÉE** | **NON RESPECTÉE** |
| * Détenir le grade de CPL-C depuis au moins 6 mois |  |  |
| * Avoir complété avec succès l’étoile argent |  |  |
| * Obtenir au moins la mention «Atteint sans difficulté» dans l’OREN 303 (LEADERSHIP) |  |  |
| * 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 |  |  |  |
| * Capacité à superviser de manière efficace |  |  |  |
| * Capacité à diriger des petites équipes et à accomplir des tâches de leadership de manière efficace |  |  |  |
| * Capacité à jouer un rôle de mentor auprès des cadets subalternes |  |  |  |
|  | | | |
| En fonction des critères ci-dessus, je recommande que le caporal-chef : | | | |
| * 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** |
|  |