



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Secourisme d'urgence avec RCR-B (Revisée en 2014)

Recto : Veuillez inscrire en **lettres moulées** lisibles, le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance	Objectifs des premiers soins	Répercussions juridiques de l'administration des premiers soins	Protection personnelle	Anatomie et physiologie des priorités de l'ABC	Évaluation de la victime	RCR à un sauveteur avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : victime consciente adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : victime inconsciente adulte, enfant et bébé	Gestion des personnes présentes	Urgences de la respiration	Urgences de la circulation : état de choc, crise cardiaque (ou araignée), hémorragie externe, AVC	Blessures : blessure abdominale, brûlure, blessure au visage	Traitement pour une victime inconsciente	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1 Nom année															
Adresse App. n°															
Ville Code postal mois															
Courriel jour															
Téléphone															
2 Nom année															
Adresse App. n°															
Ville Code postal mois															
Courriel jour															
Téléphone															
3 Nom année															
Adresse App. n°															
Ville Code postal mois															
Courriel jour															
Téléphone															
4 Nom année															
Adresse App. n°															
Ville Code postal mois															
Courriel jour															
Téléphone															
5 Nom année															
Adresse App. n°															
Ville Code postal mois															
Courriel jour															
Téléphone															

Cochez la case s'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.
Cette feuille d'évaluation est la page _____ de _____ pages.

- Performance satisfaisante

- Échec

Total des réussites

Total des échecs

Renseignements de paiement Frais d'examen inclus Frais d'examen non inclus
Envoyer la facture ou le reçu à :

()
Membre affilié Téléphone

Adresse

Ville Province Code postal

Renseignements sur l'examen

Ceci est un examen :

Date de l'évaluation : _____ Ceci est un examen : Original **OU** Renouvellement
année mois jour

Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphone

Renseignements sur le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général

Nom du moniteur N° d'identification

Courriel ()

Téléphone Signature requise

Cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats.

Nom N° d'identification (facultatif)

Courriel ()

Téléphone Signature requise



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Secourisme d'urgence avec RCR-B (Revisée en 2014)

Verso : Veuillez inscrire en **lettres moulées** lisibles, le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance	Objectifs des premiers soins	Répercussions juridiques de l'administration des premiers soins	Protection personnelle	Anatomie et physiologie des priorités de l'ABC	Évaluation de la victime	RCR à un sauveteur avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : victime consciente adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : victime inconsciente adulte, enfant et bébé	Gestion des personnes présentes	Urgences de la respiration	Urgences de la circulation : état de choc, crise cardiaque (ou angine), hémorragie externe, AVC	Blessures : blessure abdominale, brûlure, blessure au visage	Traitement pour une victime inconsciente	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
6 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année														
7 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année														
8 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année														
9 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année														
10 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année														

Cochez la case s'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.
Cette feuille d'évaluation est la page _____ de _____ pages.

- Performance satisfaisante

- Échec

Total des réussites

Total des échecs

Membre affilié

()

Téléphone

Veuillez remplir les sections de renseignements sur le moniteur et le paiement au recto de la feuille. Les sections concernant le membre affilié, l'examen et l'évaluateur doivent être remplies sur les deux côtés de la feuille d'évaluation.

Renseignements sur l'examen

Date de l'évaluation : _____
année mois jour

Ceci est un examen :

Original **OU** Renouvellement

Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine)

()
Téléphone

Cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats.

Nom

N° d'identification (facultatif)

Courriel

()

Téléphone

Signature requise