



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

Gestion des voies respiratoires

(Révisée en 2022)

Recto : Veuillez saisir correctement le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance	Préalables	Connaissances	Barrières de protection	Canules oropharyngées	Système d'administration d'oxygène	Administration d'oxygène	Appareil à succion médical	Ballon-masque	Résultat
		1	2	3	4	5	6	7	
1 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
2 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
3 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
4 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
5 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								

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

Date de l'évaluation : _____
année mois jour

()

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

Moniteur en premiers soins qui détient un certificat de Gestion des voies respiratoires

Nom du moniteur N° d'identification

Courriel
()

Téléphone Signature requise

Cette section doit être remplie par l'Évaluateur en premiers soins qui détient un certificat de Gestion des voies respiratoires et qui a évalué les candidats.

Nom N° d'identification (facultatif)

Courriel
()

Téléphone Signature requise



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Gestion des voies respiratoires

(Révisée en 2022)

Verso : Veuillez saisir correctement le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance	Préalables	Connaissances	Barrières de protection	Canules oropharyngées	Système d'administration d'oxygène	Administration d'oxygène	Appareil à succion médical	Ballon-masque	Résultat
		1	2	3	4	5	6	7	
6 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
7 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
8 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
9 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								
10 Nom Adresse App. n° Ville Code postal Courriel Téléphone	année mois jour								

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

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

Cette section doit être remplie par l'Évaluateur en premiers soins qui détient un certificat de Gestion des voies respiratoires et qui a évalué les candidats.

Nom _____ N° d'identification (facultatif) _____

Courriel ()

Téléphone

Signature requise