



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

RCR pour fournisseur de soins de santé

Défibrillation externe automatisée (DEA)

(Révisée en 2014)

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

Date de naissance

RCR pour fournisseur de soins de santé

DEA

RCR à un secouriste avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	RCR à deux secouristes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Obstruction des voies respiratoires : adulte et enfant conscients	Obstruction des voies respiratoires : bébé conscient	Obstruction des voies respiratoires : adulte, enfant et bébé inconscients	Respiration artificielle	Utilisation du ballon-masque	Test écrit	Connaissances sur le DEA : utilisation et fonctionnement	La DEA à un et à deux secouristes	
1	2	3	4	5	6	7		1	2	Résultat

<p>1</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>2</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>3</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>4</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										
<p>5</p> <p>Nom année</p> <p>Adresse App. n°</p> <p>Ville Code postal mois</p> <p>Courriel</p> <p>Téléphone jour</p>										

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

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

Renseignements sur le moniteur

Nom du moniteur N° d'identification

Courriel Signature requise

Téléphone

Pour RCR-FSS, cette section doit être remplie par l'évaluateur de RCR-FSS. Pour DEA, cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats de DEA.

Nom N° d'identification (facultatif)

Courriel Signature requise

Téléphone



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

RCR pour fournisseur de soins de santé

Défibrillation externe automatisée (DEA)

(Révisée en 2014)

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

Date de naissance

RCR pour fournisseur de soins de santé

DEA

Date de naissance	RCR pour fournisseur de soins de santé							DEA		Résultat
	1 RCR à un secouriste avec habilités de DEA : adulte, enfant et bébé	2 RCR à deux secouristes avec habilités de DEA : adulte, enfant et bébé	3 Obstruction des voies respiratoires : adulte et enfant conscients	4 Obstruction des voies respiratoires : bébé conscient	5 Obstruction des voies respiratoires : adulte, enfant et bébé inconscients	6 Respiration artificielle	7 Utilisation du ballon-masque	Test écrit	1 Connaissances sur le DEA : utilisation et fonctionnement	
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 : _____ Ceci est un examen : Original **OU** Renouvellement

année mois jour

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

Pour RCR-FSS, cette section doit être remplie par l'évaluateur de RCR-FSS. Pour DEA, cette section doit être remplie par le moniteur de Secourisme d'urgence ou de Secourisme général qui a évalué les candidats de DEA.

Nom _____ N° d'identification (facultatif) _____

Courriel _____

()

Téléphone _____ Signature requise _____