SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE Les experts en surveillance aquatique Secourisme général avec RCR-C (Révisée en 2014) Recto: Veuillez inscrire en lettres moulées lisible,	Date de naissance	ltems du certificat de Secourisme d'urgence	RCR à deux secounistes avec habiletés de DEA: adulte, enfant et háhá	Blessure potentielle à la colonne vertébrats	Urgences causées par l'environnement :	Blessures aux os ou aux arioulos:	Reserved	biessure à la poitrine	Blessure potentielle à la tête	Convulsions	Diabète	Empoisonnement	Gestion du stress relié à un incident critique	Test écrit		
le nom et les coordonnées de chaque candidat.	Date		1	2	3	4	5	\top	6	7	8	9	10		Résultat	
1 Nom								十								
Adresse App. n°	année															
Ville Code postal	mois															
	. 111015															
Courriel	jour	Cours origi	inal de S	Secourism	l e général	Date of	l de certi	ification	1:		l Lieu :					
Téléphone 2		Ť			Ü		Π	Т							Π	
Nom	année															
Adresse App. n°																
Ville Code postal	. mois															
Courriel	jour	Cours origi	inal de S	Secourism	e général	· Date o	le certi	ification	<u>. </u>		Lieu :					
Téléphone 3		Oodi's origi	Indiadeo		c gonorai	Date	T	T	··	I					T	
Nom	année															
Adresse App. n°	.															
Ville Code postal	mois															
Courriel	jour															
Téléphone 4	joui	Cours origi	inal de S	Secourism	e général I	: Date o	de certi	ification	1:		_ Lieu :					
Nom	année															
Adresse App. n°	. alliec															
Ville Code postal	mois															
Courriel																
Téléphone	jour	Cours origi	inal de S	Secourism	e général	: Date of	de certi	ification	1:		_ Lieu :					
5 Nom																
Adresse App. n°	année															
Ville Code postal	mois															
······································	. 111013															
Courriel Téléphone	jour	Cours origi	inal de S	Secourism	e général	: Date of	de certi	ification	1:		Lieu :					
Cochez cette case s'il y a d'autres noms de candidats au verso Cette feuille d'évaluation est la page de pages.			v	- Per	formanc	e satisfai	sante	X	(- Éch	^^	al des ssites			tal des checs		
Renseignements de paiement Frais d'examen inclus Frais d'examen non inclus					Renseignements sur le moniteur de Secourisme général Nom du moniteur No d'identification											
Membre affilié Téléphone				Courriel												
·				()												
Adresse					Telephone Signature requise											
Ville Province Code postal					Cette section doit être remplie par l'évaluateur du Secourisme général qui a évalué les candidats.											
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·																
Renseignements sur l'examen Ceci est un examen :				Nom								IN ^o	u identifi	cauon (ta	ucuitatif)	
Date de l'évaluation : Original OU Renouvelle			ment	nt Courriel												
annot mois jour				()												
Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphone				Télépho	one				Sig	nature re	quise				_	

SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE Les experts en surveillance aquatique Secourisme général avec RCR-C (Révisée en 2014) Verso : Veuillez inscrire en lettres moulées lisible,	Date de naissan _{ce}	ltems du certificat de Secourisme d'urgence	RCR à deux secounstes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et háká	Blessure potentielle à la colonne vertébral.	Urgences causées par l'environnement maladies causées	Blessures aux os ou aire adiana.	s and alliculations	Blessure à la poitrine	Blessure potentielle à la tâte	Convulsions	Diabète	Empoisonnement	Gestion du stress relié à un incident critique	Test écrit	
le nom et les coordonnées de chaque candidat.	Date		1	2	3	4	1 5	5	6	7	8	9	10		Résultat
6 Nom								Ť							
Adresse App. n°	année														
Ville Code postal	mois														
Courriel															
Téléphone	jour	Cours orig	inal de S	Secourism	e général	: Date	de cer	tification	n :		Lieu :				
7 Nom															
Adresse App. n°	année														
	mois														
Courriel	jour	Cours orig	inal de S	Secourism	l e général	: Date	de cer	tification	n :		Lieu :				<u> </u>
Téléphone 8						1	T	Т							
Nom	année														
Adresse App. n°															
Ville Code postal	mois														
Courriel	jour	Cours orig	inal do S	Cocouriem	o gónóral	: Data	do cor	tification	a :		Lieu :				
Téléphone 9		Cours ong	iliai de 3	becounsin	e general	. Date	T CEI	uncation	'		_ Lieu .				Π
Nom	année														
Adresse App. n°															
Ville Code postal	mois														
Courriel	iour														
Téléphone	jour	Cours orig	inal de S	Secourism	e général	: Date	de cer	tificatior	n :		_ Lieu :				
10 Nom															
Adresse App. n°	année														
Ville Code postal	mois														
Courriel															
Téléphone	jour	Cours orig	inal de S	Secourism	e général	: Date	de cer	tification	n :		_ Lieu :				
Cochez cette case s'il y a d'autres noms de candidats au vers Cette feuille d'évaluation est la page de pages			V	- Per	rformano	e satisfa	isante	·)	(- Éc		al des ssites			tal des checs	
Membre affilié				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											
()					men et e d'éva		ıeur	uuiver	it etre	e rempiles	s sur les	ueux C	oles de l	d	
Téléphone			_												
Renseignements sur l'examen					section ndidats		e ren	nplie p	ar l'é	valuateu	r du Se	courism	e généra	al qui a é	évalué
Date de l'évaluation :				Nom N° d'identification (facultatif)										cultatif)	
()		_	Courrie (l)										
Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphon	е			Téléph	one				— <u>_</u> Si	anature re	auise				