



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Gestion des voies respiratoires

(Révisée en 2024)

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

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 _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____ Verification des préalables : <input type="checkbox"/> Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____							
2 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____ Verification des préalables : <input type="checkbox"/> Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____							
3 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____ Verification des préalables : <input type="checkbox"/> Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____							
4 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____ Verification des préalables : <input type="checkbox"/> Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____							

Cochez cette cas si l y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. – Performance satisfaisante **Total des réussites** **Total des échecs**

Cette feuille d'examen comporte page _____ à _____ . – Échec

Veuillez remplir toutes les sections ci-dessous

Renseignements de paiement <input type="checkbox"/> Frais d'examen inclus <input type="checkbox"/> Frais d'examen non inclus Membre affilié _____ () Téléphone _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____	Moniteur en premiers soins qui détient un certificat de Gestion des voies respiratoires Nom du moniteur _____ N° d'identification _____ Courriel _____ () Téléphone _____ Signature requise _____
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 _____

Faire parvenir cette feuille d'examen complétée au bureau provincial de la Société de sauvetage dans les plus brefs délais suivant l'examen.

Conserver une copie pour vos dossiers. Ne pas envoyer d'argent comptant par la poste.

Gestion des voies respiratoires

(Révisée en 2024)

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

	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	
5 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____								
Verification des préalables : <input type="checkbox"/>								
Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____								
6 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____								
Verification des préalables : <input type="checkbox"/>								
Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____								
7 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____								
Verification des préalables : <input type="checkbox"/>								
Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____								
8 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____								
Verification des préalables : <input type="checkbox"/>								
Premiers soins – Général obtenu à : _____ Date : _____								

Cochez cette cas si'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. Cette feuille d'examen comporte page _____ à _____ . – Performance satisfaisante **Total des réussites** **Total des échecs**

– Performance satisfaisante **X** – Échec

Veillez s'il vous plaît remplir toutes les sections au recto de la feuille.
Il faut inscrire les renseignements concernant l'examen et l'évaluateur sur les deux côtés de la feuille d'examen.

<p>Membre affilié _____ () Téléphone _____</p>	<p>Veillez 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.</p>
--	---

<p>Renseignements sur l'examen</p> <p>Date de l'évaluation : _____ année mois jour</p> <p>Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) _____ () Téléphone _____</p>	<p>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.</p> <p>Nom _____ N° d'identification (facultatif) _____ Courriel _____ () Téléphone _____ Signature requise _____</p>
--	--