



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Secourisme d'urgence avec RCR-B

(Révisée en 2024)

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

	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 angor), hémorragie externe, AVC	Blessures : blessure abdominale, brûlure, blessure au visage	raitement pour une victime inconsciente	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
1 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____															
2 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____															
3 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____															
4 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____															

Cochez cette cas si'il 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 Envoyer la facture ou le reçu à : Membre affilié _____ () Téléphone _____ Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____	Renseignements sur le moniteur en sauvetage ou de Secourisme général Nom du moniteur _____ N° d'identification (facultatif) _____ Courriel _____ () Téléphone _____ Signature requise _____
Renseignements sur l'examen Ceci est un examen : <input type="checkbox"/> Original OU <input type="checkbox"/> Renouvellement Date de l'évaluation : _____ année mois jour Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) _____ () Téléphone _____	Cette section doit être remplie par le moniteur en sauvetage ou de Secourisme général 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.

