



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE
Les experts en surveillance aquatique

Premiers soins intermédiaire avec DEA & RCR-C CSA Std. Z1210-17 (janvier 2026)

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

1
Nom _____
D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____
Adress _____ Province _____
Ville _____ Code postal _____
Courriel _____

Items du certificat de Premiers soins de Base	RCR à deux secouristes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Blessure potentielle à la colonne vertébrale	Urgences causées par l'environnement : maladies causées par la chaleur ou le froid	Blessures aux os ou aux articulations	Blessure à la poitrine	Blessure potentielle à la tête	Convulsions	Diabète	Empoisonnement	Gestion du stress relié à un incident critique	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		

Vérification des préalables : ☐

Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____

2
Nom _____
D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____
Adress _____ Province _____
Ville _____ Code postal _____
Courriel _____

Vérification des préalables : ☐

Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____

3
Nom _____
D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____
Adress _____ Province _____
Ville _____ Code postal _____
Courriel _____

Vérification des préalables : ☐

Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____

4
Nom _____
D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____
Adress _____ Province _____
Ville _____ Code postal _____
Courriel _____

Vérification des préalables : ☐

Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____

☐ Cochez cette cas si l'y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.
Cette feuille d'examen comporte page _____ à _____.

✓ – Performance satisfaisante
X – Échec

Total des
réussites

Total des
échecs

Informations sur la facturation

()
Nom de l'installation (membre affilié ou organisation payant les frais d'examen) Téléphone _____
Street address _____
City _____ Prov. _____ Postal Code _____

Renseignements sur l'examen

Ceci est un examen : _____
Date de l'évaluation : _____
année mois jour
()
Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphone _____

Informations sur le moniteur

Nom du moniteur # d'identification _____
Courriel _____
()
Téléphone _____ Signature _____

Personne ayant examiné les candidats Même que moniteur ☐ oi

Nom de l'évaluateur # d'identification _____
Courriel _____
()
Téléphone _____ Signature _____

Individual who apprenticed on the exam Même que moniteur ☐ oi

Nom du participant # d'identification _____

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.

Premiers soins intermédiaire avec DEA & RCR-C CSA Std. Z1210-17 (janvier 2026)

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

Items du certificat de Premiers soins de base	RCR à deux secouristes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Blessure potentielle à la colonne vertébrale	Urgences causées par l'environnement : maladies causées par la chaleur ou le froid	Blessures aux os ou aux articulations	Blessure à la poitrine	Blessure potentielle à la tête	Convulsions	Diabète	Empoisonnement	Gestion du stress relié à un incident critique	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
5 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____												
Vérification des préalables : <input type="checkbox"/> Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____												
6 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____												
Vérification des préalables : <input type="checkbox"/> Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____												
7 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____												
Vérification des préalables : <input type="checkbox"/> Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____												
8 Nom _____ D.D.N. (AA / MM / JJ) _____ Téléphone _____ Adress _____ Province _____ Ville _____ Code postal _____ Courriel _____												
Vérification des préalables : <input type="checkbox"/> Cours original de Secourisme général obtenue à : _____ Date : _____												

<input type="checkbox"/>	Cochez cette cas si'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.	<input checked="" type="checkbox"/> – Performance satisfaisante	Total des réussites	<input type="checkbox"/>	Total des échecs	<input type="checkbox"/>
	Cette feuille d'examen comporte page _____ à _____.	<input checked="" type="checkbox"/> – Échec				

Veuillez s'il vous plait 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.	
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 Ceci est un 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 du 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.