



## 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 \_\_\_\_\_

**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 \_\_\_\_\_

Items du certificat de Premiers soins de Base										Résultat
RCR à deux secouristes avec habiletés de DEA : adulte, enfant et bébé	Blessure potentiellement 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 potentiellement à la tête	Convulsions	Diabète	Empoisonnement	Gestion du stress reliée à un incident critique	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Test écrit

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Cochez cette case si il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. ✓ – 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  oui

Nom de l'évaluateur \_\_\_\_\_ # d'identification \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

### Individual who apprenticed on the exam

Même que moniteur  oui

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

**5**

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			

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**6**

Nom \_\_\_\_\_

D.D.N. (AA / MM / JJ) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**7**

Nom \_\_\_\_\_

D.D.N. (AA / MM / JJ) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**8**

Nom \_\_\_\_\_

D.D.N. (AA / MM / JJ) \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adress \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Verification des préalables :

Cours original de Secourisme général obtenue à : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Cochez cette case si il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. ✓ – Performance satisfaisante  
Cette feuille d'examen comporte page \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_.

Total des réussites

Total des échecs

**Veuillez 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.

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 _____	