



## Nouveau formulaire d'évaluation pour les formations en leadership

À des fins d'utilisation avec le nouveau programme en leadership à compter de janvier 2018

- |  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Assistant moniteur          | <input type="checkbox"/> Moniteur d'officiels | <input type="checkbox"/> Moniteur Superviseur aquatique              | <input type="checkbox"/> Évaluateur         | <input type="checkbox"/> Clinique de mise à jour des moniteurs en natation |
| <input type="checkbox"/> Moniteur en natation        | <input type="checkbox"/> Entraîneur 1         | <input type="checkbox"/> Moniteur Opérateur de piscine               | <input type="checkbox"/> Formateur          | <input type="checkbox"/> Clinique sur l'intégration                        |
| <input type="checkbox"/> Moniteur en sauvetage       | <input type="checkbox"/> Entraîneur 2         | <input type="checkbox"/> Moniteur Auditeur en sécurité aquatique     | <input type="checkbox"/> Formateur national | <input type="checkbox"/> Autre: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Moniteur en premiers soins  |   | <input type="checkbox"/> Moniteur Inspecteur en sécurité aquatique   |   | <input type="checkbox"/> Autre: _____                                      |
| <input type="checkbox"/> Moniteur Sauveteur national |   | <input type="checkbox"/> Moniteur Auditeur en surveillance aquatique |   |  |

( ) Nom de l'installation (membre affilié) Téléphone  Date de l'examen: AA MM JJ  Adresse  Ville Province Code postal ( ) Nom de l'installation (p. ex. nom de la piscine) Téléphone  Renseignements de paiement <input type="checkbox"/> Frais d'évaluation inclus <input type="checkbox"/> Frais d'évaluation non inclus	( ) Personne-ressource du membre af affilié Téléphone  Courriel <i>Tous les candidats ayant réussi ont complété tous les items selon les normes exigées.</i> Nom du formateur de la Société de sauvetage No d'identification  Courriel ( ) Téléphone Signature  Nom de l'apprenti No d'identification ( ) Téléphone
---	--

<b>✓ - Réussite X - Échec</b> Nombre d'inscriptions _____ Nombre de réussites _____ Nombre d'échecs _____			Vérification des préalables	Responsabilités professionnelles	Connaissances professionnelles	Leadership	Préparation et planification	Présentation: Enseignement et animation	Évaluation	Résultats
Nom/adresse/téléphone/courriel (lettres moulées lisibles s.v.p.)			Date de naissance AA MM JJ							
1	/ /	No d'identification								
Préalable(s): _____			Date de certification: _____		Date de certification: _____					
Lieu: _____			Lieu: _____							
2	/ /	No d'identification								
Préalable(s): _____			Date de certification: _____		Date de certification: _____					
Lieu: _____			Lieu: _____							
3	/ /	No d'identification								
Préalable(s): _____			Date de certification: _____		Date de certification: _____					
Lieu: _____			Lieu: _____							

**SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE - Nouveau formulaire d'évaluation pour les formations en leadership**

Cours / Clinique		Vérification des préalables	Responsabilités professionnelles	Connaissances professionnelles	Leadership	Préparation et planification	Présentation: Enseignement et animation	Évaluation	Résultats		
Date de l'examen: AA MM JJ										Nom de l'installation (p. ex. nom de la piscine)	
Nom du formateur de la Société de sauvetage										No d'identification	
Signature											
Nom de l'apprenti										No d'identification	
<input checked="" type="checkbox"/> - Réussite <input type="checkbox"/> - Échec		Date de naissance AA MM JJ									
Nom/adresse/téléphone/courriel (lettres moulées lisibles s.v.p.)											
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							
<input type="checkbox"/>		/ /									
		No d'identification									
		Préalable(s):									
		Date de certification:		Date de certification:							
		Lieu:		Lieu:							