



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

Premiers soins intermédiaire avec DEA & RCR-C

CSA Z1210-17 (janvier 2026)

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

Date de naissance

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
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

2
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

3
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

4
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

5
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

☐ Cochez cette case s'il y a d'autres noms de candidats au verso.

Cette feuille d'évaluation est la page _____ de _____ pages.



- Performance satisfaisante



Échec

Total des
réussites

Total des
échecs

Renseignements de paiement ☐ Frais d'examen inclus ☐ Frais d'examen non inclus
Envoyer la facture ou le reçu à :

Membre affilié Téléphone

Adresse

Ville Province Code postal

Renseignements sur l'examen

Date de l'évaluation : _____
année mois jour

Nom de l'installation (p. ex. : nom de la piscine) Téléphone

Renseignements sur le moniteur de Secourisme général

Nom du moniteur N° d'identification

Courriel
()

Telephone Signature requise

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



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

Premiers soins intermédiaire avec DEA & RCR-C

CSA Z1210-17 (janvier 2026)

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

Date de naissance

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

6
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

année
mois
jour

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

7
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

année
mois
jour

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

8
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

année
mois
jour

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

9
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

année
mois
jour

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

10
Nom
Adresse App. n°
Ville Code postal
Courriel
Téléphone

année
mois
jour

Cours original de Secourisme général : _____ Date de certification : _____ Lieu : _____

☐ Cochez cette case s'il y a d'autres noms de candidats au verso.
Cette feuille d'évaluation est la page _____ de _____ pages.

✓ - Performance satisfaisante X - Échec Total des réussites Total des échecs

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

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