



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

Premiers soins de base avec DEA & RCR-C

CSA Std. Z1210-17 (janvier 2026)

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

Date de naissance

	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 deux secouristes 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 angine), hémorragie externe, AVC	Blessures : blessure abdominale, brûlure, blessure au visage	Traitement pour une victime inconsciente	Test écrit	Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
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															

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

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 en sauvetage ou de Secourisme général

Nom du moniteur

N° d'identification

Courriel
()

Téléphone

Signature requise

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



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

Premiers soins de base avec DEA & RCR-C

CSA Std. Z1210-17 (janvier 2026)

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

Date de naissance

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 deux secouristes 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 angine), hémorragie externe, AVC	Blessures : blessure abdominale, brûlure, blessure au visage	Traitement pour une victime inconsciente	Test écrit	Résultat
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
6 Nom	année													
	mois													
	jour													
7 Nom	année													
	mois													
	jour													
8 Nom	année													
	mois													
	jour													
9 Nom	année													
	mois													
	jour													
10 Nom	année													
	mois													
	jour													

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



- Performance satisfaisante



- 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 le moniteur en sauvetage ou de Secourisme général qui a évalué les candidats.

Nom

N° d'identification (facultatif)

Courriel

()

Téléphone

Signature requise