

## Dossier de formation – Évaluateur en Premiers soins

### Renseignements du candidat évaluateur

Nom :	N°. d'identification de la Société :
Adresse permanente :	Ville :
Province :	Code postal :
Téléphone :	Tél. travail :
Courriel :	Date de naissance :

### Préalable

<input type="checkbox"/> Certificat de Moniteur en premiers soins	Date de certification :
---	-------------------------

### Expérience d'enseignement : *Moniteur Sauveteur national d'expérience pour un minimum d'un cours de SN*

Option: <input type="checkbox"/> Secourisme général	Date de l'examen :
Membre affilié :	Lieu :

### Cours d'évaluateur : *Réussite d'un cours d'Évaluateur de la Société*

Lieu du cours :	Date de l'examen :
-----------------	--------------------

### Stage d'apprentissage : *Réussite d'un stage d'apprentissage pour un examen de Sauveteur national avec un mentor*

Option: <input type="checkbox"/> Secourisme général	Date de l'examen :
Nom de l'évaluateur mentor :	Lieu :

### Vérification de l'évaluateur mentor : *Cette section doit être remplie par l'évaluateur mentor*

J'approuve le candidat évaluateur identifié ci-dessus pour la certification d'**Évaluateur en Premiers soins**

Nom :	N°. d'identification de la Société :
Signature :	Date:

**Envoyer ce dossier de formation complété et accompagné des frais applicables au bureau de la Société**

### À l'usage du bureau

Paiement reçu :	Date d'émission :	Traité par :
-----------------	-------------------	--------------