



LIFESAVING SOCIETY
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Lifesaving CPR-HCP

- Original
 Recertification/Requalification

Side 1: Please print each candidate's name and contact information legibly.

Date of Birth Date de naissance Y/M/D A/M/J	Sex/Sexe M F	1 One rescuer CPR	2 Two Rescuer CPR	3 Conscious Obstructed Airway - Adult & Child	4 Conscious Obstructed Airway - Infant	5 Unconscious Obstructed Airway	6 Circulatory Emergencies: heart attack or angina	7 Circulatory Emergencies: stroke/TIA	8 One and Two Rescuer AED	9 Bag-Valve-Mask			Result / Résultat
1 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													
2 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													
3 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													
4 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													
5 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													
6 Name/Nom _____ Sex/Sexe M F Address/Adresse _____ City/Ville _____ Postal code/Code postal _____ E-mail/Courriel _____ Téléphone _____													

Check box if there are more candidates on the reverse side of this page.
Cochez cette case s'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille.

Performance Performance

F Fail Exam Total des Total Fail for Exam
Échec Échec réussite Total des échec

<p>Instructor information/Informations sur le moniteur</p> <p>Instructor's name/Nom du moniteur _____ ID##/# d'identification _____</p> <p>E-mail/Courriel _____ ()</p> <p>Téléphone _____ Signature _____</p> <p>Payment information/Informations sur les frais</p> <p>Exam <input type="checkbox"/> fees attached/ Frais d'examen inclus <input type="checkbox"/> Exam fees not attached/Frais d'examen non inclus</p> <p>Send invoice or receipt to/Facteur à _____ ()</p> <p>Affiliation _____ Téléphone _____</p> <p>Address/Adresse _____ postal _____</p>	<p>Exam information/Informations sur l'examen</p> <p>Exam date/Date de l'examen: _____ Y/A M/M D/J ()</p> <p>Facility name/Nom de l'installation _____ e</p> <p>Awards information/Information sur le certificat</p> <p><input type="checkbox"/> Awards issued by affiliate/Certificats émis <input type="checkbox"/> Awards not issued/Certificats non émis</p> <p>Examiner information/Information sur l'examineur</p> <p>Examiner's name/Nom de l'examineur _____ ID##/# d'identification _____</p> <p>E-mail/Courriel _____ ()</p> <p>Téléphone _____ Signature _____</p>
--	--