



LIFESAVING SOCIETY
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Lifesaving Emergency First Aid Premiers soins secourisme d'urgence

- Original
 Recertification/Requalification

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

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

	Date of Birth Date de naissance Y/M/D A/M/J	Assessment	Single Rescuer CPR	Obstructed Airways (Conscious)	Obstructed Airways (Unconscious)	Bystander Management	Respiratory Emergencies	Circulatory Emergencies	Unconscious Victim	First Aid Principles	Self Protection	Medical/Legal	Result / Résultat
		Évaluation	RCR à un secouriste	Voies respiratoires obstruées (consciente)	Voies respiratoires obstruées (inconsciente)	Gestion des passants	Urgences respiratoires	Urgences du système circulatoire	Victime inconsciente	Principes de secourisme	Autoprotection	Médical/juridique	
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.

Satisfactory Performance Performance satisfaisante

Fail Échec

Total Pass for Exam Total des réussites

Total Fail for Exam Total des échecs

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



LIFESAVING SOCIETY
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Lifesaving Emergency First Aid Premiers soins secourisme d'urgence

- Original
 Recertification/Requalification

Side 2: Please print each candidate's name and contact information legibly.

Versa: Veuillez inscrire en lettres moulées le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date of Birth
Date de naissance
Y/M/D
A/M/J

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Result / Résultat
	Assessment Évaluation	Single Rescuer CPR RCR à un secouriste	Obstructed Airways (Conscious) Voies respiratoires obstruées (consciente)	Obstructed Airways (Unconscious) Voies respiratoires obstruées (inconsciente)	Bystander Management Gestion des passants	Respiratory Emergencies Urgences respiratoires	Circulatory Emergencies Urgences du système circulatoire	Unconscious Victim Victime inconsciente	First Aid Principles Principes de secourisme	Self Protection Autoprotection	Medical/Legal Médical/juridique	
7												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												
8												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												
9												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												
10												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												
11												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												
12												
Name/Nom												
Address/Adresse												
City/Ville												
E-mail/Courriel												

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.

Satisfactory Performance
Performance satisfaisante

Fail
Échec

Total Pass for Exam
Total des réussites

Total Fail for Exam
Total des échecs

Affiliation Téléphone	Exam information/Informations sur l'examen Exam date/Date de l'examen: Y/A M/M D/J ()
	Facility name/Nom de l'installation Téléphone
<p>Please complete Instructor, Awards and Payment information sections on Side 1 of test sheet. Host name, Exam information, and Examiner sections <i>must be completed on both sides 1 and 2 of the test sheet.</i></p> <p>Veuillez s'il vous plaît remplir les informations pertinentes dans les sections concernant les moniteurs, les certificats et le mode de paiement au recto de la feuille. Il faut inscrire les renseignements concernant l'examen et l'évaluateur sur les deux côtés de la feuille d'examen.</p>	Examiner information/Information sur l'examinateur Examiner's name/Nom de l'examinateur ID#/# d'identification
	E-mail/Courriel ()
	Téléphone Signature