



LIFESAVING SOCIETY  
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

## Lifesaving Standard First Aid Premiers soins secourisme général

- 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.

Y/M/D A/M/J	Date of Birth Date de naissance	Single Rescuer CPR RCR à un secouriste	Two Rescuer CPR RCR à deux secouristes	Obstructed Airways Voies respiratoires obstruées	Respiratory Emergencies Urgences respiratoires	Circulatory Emergencies Urgences du système circulatoire	Unconscious Victim Victime inconsciente	Spinal Injury Blessure à la colonne vertébrale	Environmental Emergencies Urgences liées à l'environnement	Bone/Joint Injury Blessure aux os/articulations	Abdominal/Chest Injury Blessure à l'abdomen/poitrine	Burns Brûlures	Facial Injury Blessure au visage	Head Injury Blessure à la tête	Seizure, Diabetes Convulsions, diabète	Poisoning Intoxication	Bystander Mani./Self Protection Gestion des passants / autoprotection	First Aid Principles Principes de secourisme	Critical Incident Stress Management & Medical/legal Gestion du stress à la suite d'un incident critique et médical/juridique	Result / Résultat	
																					2 12
1																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					
2																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					
3																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					
4																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					
5																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					
6																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/ Sexe M F																					

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 \_\_\_\_\_

### Payment information/Informations sur les frais

Exam fees attached/ Frais d'examen inclus  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 \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

### Awards information/Information sur le certificat

Awards issued by affiliate/Certificats émis  
 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 Standard First Aid Premiers soins secourisme général

- Original  
 Recertification/Requalification

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

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

Y/M/D A/M/J	Date of Birth Date de naissance	Single Rescuer CPR RCR à un secouriste	Two Rescuer CPR RCR à deux secouristes	Obstructed Airways Voies respiratoires obstruées	Respiratory Emergencies Urgences respiratoires	Circulatory Emergencies Urgences du système circulatoire	Unconscious Victim Victime inconsciente	Spinal Injury Blessure à la colonne vertébrale	Environmental Emergencies Urgences liées à l'environnement	Bone/Joint Injury Blessure aux os/articulations	Abdominal/Chest Injury Blessure à l'abdomen/poitrine	Burns Brûlures	Facial Injury Blessure au visage	Head Injury Blessure à la tête	Seizure, Diabetes Convulsions, diabète	Poisoning Intoxication	Bystander Mani./Self Protection Gestion des passants / autoprotection	First Aid Principles Principes de secourisme	Critical Incident Stress Management & Medical/legal Gestion du stress à la suite d'un incident critique et médical/juridique	Result / Résultat	
																					2 12
7																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/Sexe M F																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/Sexe M F																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/Sexe M F																					
Name/Nom																					
Address/Adresse																					
City/Ville																					
E-mail/Courriel																					
Sex/Sexe M F																					
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

**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 \_\_\_\_\_

**Examiner information/Information sur l'examineur**

Examiner's name/Nom de l'examineur \_\_\_\_\_ ID## d'identification \_\_\_\_\_

E-mail/Courriel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Téléphone \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

**Please complete Instructor, Awards and Payment information sections on Side 1 of test sheet.** Host name, Exam information, and Examiner sections must be completed on both sides 1 and 2 of the test sheet.

**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.