

Nouveau formulaire d'évaluation pour les formations en leadership

À des fins d'utilisation avec le nouveau programme en leadership à compter de janvier 2018

- | | | | | |
|--|---|--|---|--|
| ☐ Assistant moniteur | ☐ Moniteur d'officiels | ☐ Moniteur Superviseur aquatique | ☐ Évaluateur | ☐ Clinique de mise à jour des moniteurs en natation |
| ☐ Moniteur en natation | ☐ Entraîneur 1 | ☐ Moniteur Opérateur de piscine | ☐ Formateur | ☐ Clinique sur l'intégration |
| ☐ Moniteur en sauvetage | ☐ Entraîneur 2 | ☐ Moniteur Auditeur en sécurité aquatique | ☐ Formateur national | ☐ Autre: _____ |
| ☐ Moniteur en premiers soins | | ☐ Moniteur Inspecteur en sécurité aquatique | | ☐ Autre: _____ |
| ☐ Moniteur Sauveteur national | | ☐ Moniteur Auditeur en surveillance aquatique | | |

() Nom de l'installation (membre affilié) Téléphone Date de l'examen: AA MM JJ Adresse Ville Province Code postal () Nom de l'installation (p. ex. nom de la piscine) Téléphone Renseignements de paiement ☐ Frais d'évaluation inclus ☐ Frais d'évaluation non inclus	() Personne-ressource du membre af affilié Téléphone Courriel Tous les candidats ayant réussi ont complété tous les items selon les normes exigées. Nom du formateur de la Société de sauvetage No d'identification Courriel () Téléphone Signature Nom de l'apprenti No d'identification () Téléphone
---	---

✓ - Réussite X - Échec Nombre d'inscriptions _____ Nombre de réussites _____ Nombre d'échecs _____		Vérification des préalables	Responsabilités professionnelles	Connaissances professionnelles	Leadership	Préparation et planification	Présentation: Enseignement et animation	Évaluation	Résultats
Nom/adresse/téléphone/courriel (lettres moulées lisibles s.v.p.)		Date de naissance AA MM JJ							
1		/ /							
		No d'identification							
		Préalable(s): _____ Date de certification: _____ Date de certification: _____ Lieu: _____ Lieu: _____							
2		/ /							
		No d'identification							
		Préalable(s): _____ Date de certification: _____ Date de certification: _____ Lieu: _____ Lieu: _____							
3		/ /							
		No d'identification							
		Préalable(s): _____ Date de certification: _____ Date de certification: _____ Lieu: _____ Lieu: _____							

Cours / Clinique Date de l'examen: AA MM JJ Nom de l'installation (p. ex. nom de la piscine)		Vérification des préalables Responsabilités professionnelles Connaissances professionnelles Leadership Préparation et planification Présentation: Enseignement et animation Évaluation Résultats							
Nom du formateur de la Société de sauvetage No d'identification									
Signature									
Nom de l'apprenti No d'identification									
✓ - Réussite X - Échec Nom/adresse/téléphone/courriel (lettres moulées lisibles s.v.p.)									
	Date de naissance AA MM JJ / / No d'identification								
	Préalable(s): Date de certification: Lieu:	Date de certification: Lieu:							
	Date de naissance AA MM JJ / / No d'identification								
	Préalable(s): Date de certification: Lieu:	Date de certification: Lieu:							
	Date de naissance AA MM JJ / / No d'identification								
	Préalable(s): Date de certification: Lieu:	Date de certification: Lieu:							
	Date de naissance AA MM JJ / / No d'identification								
	Préalable(s): Date de certification: Lieu:	Date de certification: Lieu:							
	Date de naissance AA MM JJ / / No d'identification								
	Préalable(s): Date de certification: Lieu:	Date de certification: Lieu:							