



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE®
Les experts en surveillance aquatique

Croix de bronze

(Révisée en 2020)

Feuille d'examen pour les candidats à une qualification initiale uniquement

Recto : Veuillez saisir correctement le nom et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance

Vérification des préalables

1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*	13*	14*	15	16	17	Résultat
*Épreuves évaluées par le moniteur																	

1 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :
2 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :
3 Nom Adresse Ville Code postal E-mail Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :
4 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :
5 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :
6 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone	Année Mois Préalables : Méd. de bronze obtenue à Date :

Cochez cette cas si'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. ✓ - Performance satisfaisante **F** - Échec

Cette feuille d'examen comporte page à .

Total des réussites Total des échecs

Informations sur la facturation Nom de l'installation () Téléphone (membre affilié ou organisation payant les frais d'examen) Adresse Ville Province Code postal	Informations sur le moniteur Nom du moniteur # d'identification Courriel () Téléphone Signature Personne ayant examiné les candidats Même que moniteur <input type="checkbox"/> ou Nom de l'évaluateur # d'identification Courriel () Téléphone Signature Personne ayant passé l'examen Même que moniteur <input type="checkbox"/> ou Nom du participant # d'identification
Informations sur l'examen Date d'examen : Année Mois Jour Nom de l'installation (par ex. : nom de la piscine) () Téléphone	



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE®
Les experts en surveillance aquatique

Croix de bronze

(Révisée en 2020)

Feuille d'examen pour les candidats à
une qualification initiale uniquement

Verso : Veuillez saisir correctement le nom
et les coordonnées de chaque candidat.

Date de naissance

Vérification des préalables

1*	2*	3*	4*	5*	6*	7*	8*	9*	10*	11*	12*	13*	14*	15	16	17	Résultat
<i>La Société de sauvetage</i> <i>Noyade non mortelle</i> <i>Syncope en eau peu profonde</i> <i>Rôles et responsabilités de l'assistant surveillant-sauveteur</i> <i>Communications</i> <i>Sorties de victimes en duo</i> <i>Plongeurs de surface et nages sous l'eau</i> <i>Recherche en équipe</i> <i>Réanimation à deux sauveteurs à la suite d'une noyade</i> <i>Blessure à la colonne vertébrale</i> <i>Récupération et transport d'un objet</i> <i>Exercice de sauvetage : récupération d'une victime submergée</i> <i>Défi d'endurance - 400 m ou v</i> <i>Surveillance et balayage visuel</i> <i>Sauvetage en duo 1 : plusieurs victimes</i> <i>Sauvetage en duo 2 : victime submergée</i> <i>Interventions des assistants surveillants-sauveteurs</i>																	

*Epreuves évaluées par le moniteur

7 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
8 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
9 Nom Adresse Ville Code postal E-mail Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
10 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
11 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
12 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						
13 Nom Adresse Ville Code postal Courriel Téléphone			Année														
			Mois	Préalables :													
			Jour	Méd. de bronze obtenue à							Date :						

Cochez cette case si'il y a d'autres noms de candidats au verso de cette feuille. ✓ - Performance satisfaisante **F** - Échec Total des réussites Total des échecs

Cette feuille d'examen comporte page à .

Veuillez s'il vous plait remplir toutes les sections 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.

Informations sur la facturation Nom de l'installation (membre affilié ou organisation payant les frais d'examen) Informations sur l'examen Date de l'examen : _____ Année Mois Jour	Personne ayant examiné les candidats Même que recto <input type="checkbox"/> (signer ci-dessous) ou Nom de l'évaluateur _____ # d'identification _____ Courriel _____ (_____) Téléphone _____ Signature _____
---	---