



LIFESAVING SOCIETY  
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

## Lifesaving First Aid (with AED) Soins d'urgence (avec DEA)

Aquatic Emergency Care  
Soins d'urgence aquatique  Original  Recertification/Requalification

Lifesaving Standard First Aid  
Premiers Soins  Original  Recertification/Requalification

Lifesaving Emergency First Aid  
Premiers Secours  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.

**ILCOR and OH&S 2010 Changes Included, All  
Candidates Receive AED with these Awards**

Date of Birth -- Date de naissance	YY	MM	DD	11	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
First Aid Principles -- Principes de soins																				
Assessment -- évaluation des lieux																				
AED Knowledge -- Connaissance du DEA																				
Single Rescuer CPR -- RCR à un secouriste																				
Two Rescuer CPR -- RCR à deux secouristes																				
Obstructed Airways -- Voies respiratoires obstruées																				
Bystander Man/Self Protection -- Gestion des passants / autoprotection																				
Respiratory Emergencies -- Urgences respiratoires																				
Circulatory Emergencies -- Urgences du système circulatoire																				
Burns -- Brûlures																				
Facial Injury -- Blessure au visage																				
Unconscious Victim -- Victime inconsciente																				
Medical / Legal Aspect of First Aid -- Médicale / Juridique Aspect de secourisme																				
Critical Incident Stress Management & Medical/Legal -- Gestion du stress à la suite d'un incident critique et médical/légal																				
First Aid in the Workplace -- Secourisme en milieu de travail																				
Spinal Injury -- Blessure à la colonne vertébrale																				
Head Injury -- Blessure à la tête																				
Environmental Emergencies -- Urgences liées à l'environnement																				
Bone/Joint Injury -- Blessure aux os/articulations																				
Abdominal/Chest Injury -- Blessure à l'abdomen/poitrine																				
Seizure, Diabetes -- Convulsions, diabète																				
Poisoning -- Intoxication																				
Aquatic Spinal Injury -- Gestion des blessures à la colonne vertébrale en milieu aquatique																				
Shallow Water Rescue -- Sauvetage en eau peu profonde																				
Pressure Related Injury -- Blessure due à la pression																				

<b>1</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone
<b>2</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone
<b>3</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone
<b>4</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone
<b>5</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone
<b>6</b>	Sex/ Sexe M F
Name/Nom	
Address/Adresse	
City/Ville	Postal code/Code postal
E-mail/Courriel	Téléphone

<input type="checkbox"/> 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.	<input checked="" type="checkbox"/> Satisfactory Performance Performance satisfaisante	<b>F</b> Fail/Échec	Total Pass for Exam Total des réussites	<input type="text"/>	Total Fail for Exam Total échec	<input type="text"/>
---	---	---------------------	--	----------------------	------------------------------------	----------------------

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



LIFESAVING SOCIETY  
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

## Lifesaving First Aid (with AED) Soins d'urgence (avec DEA)

Aquatic Emergency Care  
Soins d'urgence aquatique  Original  Recertification/Requalification

Lifesaving Standard First Aid  
Premiers Soins  Original  Recertification/Requalification

Lifesaving Emergency First Aid  
Premiers Secours  Original  Recertification/Requalification

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

**Verso:** Veuillez inscrire en lettres moulées le nom et l

**ILCOR and OH&S 2010 Changes Included, All  
Candidates Receive AED with these Awards**

YY MM DD	Date of Birth -- Date de naissance																														Result / Résultat
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	

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

**F** Fail Échec

Total Pass for Exam Total des réussites

Total Fail for Exam Total échec

Exam information/Informations sur l'examen l'examen: _____ Y/A M/M D/J ( ) Facility name/Nom de l'installation _____ Téléphone _____	
<b>Awards information/Information sur le certificat</b> <input type="checkbox"/> wards issued by affiliate/Certificats émis <input type="checkbox"/> wards not issued/Certificats non émis	
<b>Examiner information/Information sur l'examinateur</b> Examiner's name/Nom de l'examinateur _____ ID## d'identification _____ E-mail/Courriel _____ ( ) Affiliation _____ Téléphone _____ Address/Adresse _____ City/Ville _____ Province _____ Postal code/Code postal _____ Téléphone _____ Signature _____	