



SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

Les experts en surveillance aquatique

**DOSSIER DE FORMATION  
ÉVALUATEUR DE SECOURISME GÉNÉRAL**

Nom de famille		Prénom		Date de naissance AA/MM/JJ	
Adresse permanente					
Ville		Province	Code postal		N° d'identification de la Société (si disponible)
Téléphone (résidentiel)		Téléphone (travail)		Adresse électronique	

1. **Préalable : Moniteur de Secourisme général à jour** avec de l'expérience d'enseignement pour le cours de Secourisme général en milieu de travail avec RCR-C.

Date de certification : \_\_\_\_\_

2. **Session sur les normes d'évaluation :**

Je certifie que la personne identifiée ci-dessus a complété avec succès la Session sur les normes d'évaluation de la Société de sauvetage.

Formateur de la session : \_\_\_\_\_ N° d'identification de la Société : \_\_\_\_\_

Lieu de la session : \_\_\_\_\_ Date de la session : \_\_\_\_\_

Signature du formateur : \_\_\_\_\_

3. **Rapports de l'enseignement supervisé :** Les candidats au titre d'Évaluateur de Secourisme général doivent enseigner au moins un cours complet. L'enseignement supervisé doit être effectué avec un Évaluateur de Secourisme général d'expérience à jour. Veuillez contacter le bureau de la Société de sauvetage avant le début de la période d'enseignement supervisé.

**Enseignement supervisé – SECOURISME GÉNÉRAL EN MILIEU DE TRAVAIL AVEC RCR-C**

Je certifie que la personne identifiée ci-dessus a complété avec succès l'enseignement supervisé d'un cours de SECOURISME GÉNÉRAL EN MILIEU DE TRAVAIL. À mon avis, il (ou elle) est capable d'évaluer les candidats pour ce cours.

Lieu : \_\_\_\_\_ Date de l'examen : \_\_\_\_\_

Évaluateur : \_\_\_\_\_ N° d'identification : \_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées Signature

N° de tél. : \_\_\_\_\_

4. **Paiement et approbation**

Lorsque toutes les sections ci-dessus sont remplies, faites parvenir ce Dossier de formation de l'Évaluateur avec le frais de certification de 20 \$ au bureau de la Société de sauvetage : 70, rue Melissa, Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3A 6W1.

**À l'usage du bureau seulement**

Je certifie que la personne identifiée ci-dessus est prête à être nommée au titre d'Évaluateur de Secourisme général.

Gestionnaire des programmes : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Nom en lettres moulées Signature