

# Aquatic Emergency Care

## Soins d'urgence aquatique

- 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	2 12	13	3 4	6	7	8	16	17	18	19	20	21	22	23 24	25	5 10	9	26 11	27	28	29	Result / Résultat
1	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																
2	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																
3	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																
4	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																
5	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																
6	Sex/ Sexe M F	Name/Nom	Address/Adresse	City/Ville	Postal code/Code postal	E-mail/Courriel	Téléphone																

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

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



LIFESAVING SOCIETY  
SOCIÉTÉ DE SAUVETAGE

## Aquatic Emergency Care Soins d'urgence aquatique

- 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	2 12	3 4	6	7	8	16	17	18	19	20	21	22	23 24	25	5 10	9	26 11	27	28	29	Result / Résultat
7	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						
8	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						
9	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						
10	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						
11	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						
12	Sex/ Sexe M F																					
Name/Nom																						
Address/Adresse																						
City/Ville																						
E-mail/Courriel																						
Téléphone																						

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

Affiliation ( ) Téléphone ( )

**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.

**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'examinateur**

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

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

( ) \_\_\_\_\_

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