

de membre
Member #Nom
NamePrénom
First nameAdresse
AddressVille
CityCode postal
Postal codeNuméro de téléphone résidentiel
Phone number (home)Date de naissance
Date of birth
j / d / m / m a / yNuméro de téléphone (autre)
Phone number (other)Courriel
E-mailLangue parlée
Spoken language

DEMANDE D'ÉQUIVALENCE POUR LE COURS / EQUIVALENCE REQUESTED FOR THE FOLLOWING COURSE :

- Premiers soins – Général/DEA / Standard First Aid/AED
 Moniteur Anaphylaxie-secouristes / Anaphylaxis-Rescuers Instructor
 Autre (veuillez spécifier) / Other (please specify) : _____

Organisme ayant émis le brevet :
Award issued by (name of organization) : _____Titre exact du brevet délivré:
Exact name of the award issued: _____Date(s) de la formation :
Course date(s): _____Je, soussigné,
I, _____, nom complet / complete name, déclare avoir complété la formation citée ci-haut.
, hereby declare having completed the above-mentioned course.Par la présente, je déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et complets.
I hereby declare that all the information provided in this form is accurate and complete.

Signature _____

Prière de joindre la photocopie du brevet ainsi que le paiement à ce formulaire.
Please include the payment and a photocopy of your award with this form.J'aimerais participer comme bénévole :
I would like to volunteer for:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Événements locaux
Local events | <input type="checkbox"/> Salons d'exposition
Exhibition shows | <input type="checkbox"/> Conseiller technique
Technical Advisor |
| <input type="checkbox"/> Championnats de sauvetage
Lifesaving championships | <input type="checkbox"/> Patrouille nautique
Boat Rescue Patrol | <input type="checkbox"/> Comités
Committees |

La Société de sauvetage communique occasionnellement à des tiers la liste nominative de ses membres. Veuillez indiquer si vous acceptez ou non que la Société transmette vos renseignements personnels à des fins :

The Lifesaving Society occasionally sends a nominative list of its members to third parties. Please indicate whether you accept or refuse to have the Society transmit your personal information for:

philanthropiques / *philanthropic purposes*
d'emploi / *employment purposes*
commerciales / *commercial purposes* oui / *yes*
 oui / *yes*
 oui / *yes* non / *no*
 non / *no*
 non / *no*

JOINDRE CE FORMULAIRE AUX FEUILLES D'EXAMEN / INCLUDE THIS FORM WITH THE EXAM SHEETS

4545, Ave. Pierre-De Coubertin, Montréal, Québec H1V 0B2 514 252-3100 ou 1-800-265-3093

www.sauvetage.qc.ca