



FICHE INDIVIDUELLE D'EVALUATION PSC1

Nom et Prénom du candidat :

Apprentissage du geste technique	Oui
Désobstruction : Claques dans le dos adulte / enfant	<input type="checkbox"/>
Désobstruction : Claques dans le dos nourrisson	<input type="checkbox"/>
Désobstruction : Compressions abdominales	<input type="checkbox"/>
Désobstruction : Compressions thoraciques nourrisson	<input type="checkbox"/>
Désobstruction : Compressions thoraciques femme enceinte ou personne obèse	<input type="checkbox"/>
Hémorragie : Compression locale	<input type="checkbox"/>
Hémorragie : Garrot	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance : Libération des voies aériennes	<input type="checkbox"/>
Perte de connaissance : Position latérale de sécurité	<input type="checkbox"/>
RCP : Compressions Thoraciques adulte / enfant / nourrisson	<input type="checkbox"/>
RCP : Défibrillation	<input type="checkbox"/>
RCP : Insufflations	<input type="checkbox"/>
Traumatismes : Maintien de la tête	<input type="checkbox"/>

Le stagiaire a (cocher les parties effectuées) :

- participé à toutes les phases de la formation.
- réalisé tous les gestes de premiers secours en apprentissage.
- participé comme sauveteur à au moins une activité d'application

Permettant la délivrance du certificat de compétences PSC1

OUI NON

Fait à Le/...../.....

Signature du participant

Signature du formateur