

Fiche Individuelle de Validation "PSC 1"

Date de la formation : du au

Lieu de la formation :

Nom et Prénom du participant : Date et lieu de naissance : à Département :

Evaluation :

Critères d'évaluation du participant	OUI ⁽¹⁾	NON ⁽¹⁾	Observations
Le participant était présent durant toute la formation.			
Le participant a réalisé tous les gestes de premiers secours lors des phases d'apprentissage proposées.			
Le participant a participé à au moins un cas concret.			

⁽¹⁾ Mettre une « X » dans la colonne correspondante

Certification :

Attribution du certificat de compétences « PSC 1 »	OUI ⁽¹⁾	NON ⁽¹⁾
-----------------------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

⁽¹⁾ Rayer la mention inutile

Nom et prénom du formateur : Date : Signature :	Date : Signature du participant :
----------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------