



Evaluation des compétences avant entrée en formation Secourisme et BNSSA

Nom :

Formation du/...../.....

Prénom :

1. Avez-vous déjà suivie une formation de secourisme ?

Oui

Non

2. Si Oui Laquelle ?

. Gestes qui sauvent . PSC 1 / AFPS . SST . PSE1/PSE2 . FCPSE 1/ 2

3. Etes-vous déjà intervenu pour secourir une victime (hémorragie, perte de connaissance, arrêt cardiaque, traumatisme...) ?

Oui

Non

4. Exercez-vous un métier en rapport avec les secours ?

Oui

Non

5. Si Oui, Lequel ?

.....