



Emergency First Response® CPR & AED

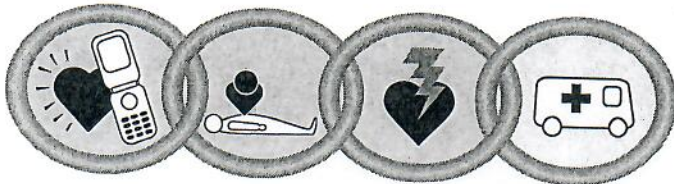
Feuille de réponse à l'examen final du participant

Nom _____

N° du cours _____ (en lettres d'imprimerie) Date _____

Instructions : Choisissez votre réponse, puis noircissez **COMPLÈTEMENT** la case située sous la lettre correspondante. En cas d'erreur, effacez votre sélection ou placez un **X** noir sur votre première réponse.

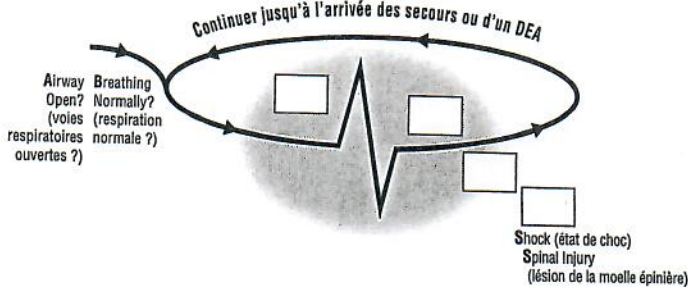
- | | | | | |
|----|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| | A | B | C | D |
| 1. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 2. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | | | | |



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- | | | | | |
|-----|-------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 7. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |
| 9. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | <input type="checkbox"/> Vrai | | <input type="checkbox"/> Faux | |

Cycle de soins : AB-CABS™



12.

13. Numéro de téléphone : _____

14.

15.

16. Vrai Faux

17.

18. Vrai Faux

19.

20.

21.

22.

23.

24.

25.

26.

27. Vrai Faux

28.

DÉCLARATION DU PARTICIPANT : J'ai revu les questions et mes réponses et je me suis fait expliquer toutes celles auxquelles j'avais donné une réponse incorrecte ou incomplète et/ou j'ai repris le manuel de telle sorte que je comprends les erreurs que j'ai commises et j'ai assimilé les bonnes réponses.

Signature _____

Date _____