



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 ou fait réaliser 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

<p style="text-align: center;">Nom et prénom du formateur :</p> <p>.....</p> <p>Date :</p> <p>Signature :</p>	<p>Date :</p> <p>Signature du participant :</p>
---	---