



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES MOTOS HORS ROUTE

FORMATION EN SECOURISME

Montréal, le 25 janvier 2024

À l'attention de TOUS LES MEMBRES AFFILIÉS

La Fédération Québécoise des Motos Hors Route est fière d'offrir à ses membres une formation en secourisme gratuite.

La formation a une approche médicale et traumatique orientée vers les accidents des véhicules tout-terrain et de compétition. Elle est donnée par les compagnies Cardio Choc et Lambert RCR dans plusieurs régions du Québec. *Si nos formateurs ne couvrent pas votre région, et que vous avez une entreprise locale pouvant vous offrir ce service, il est possible de vous rembourser la formation sous certaines conditions. Nous contacter pour plus d'information.*

Contenu :

- Réanimation cardio-respiratoire : enfant / adulte
- Traumatismes isolés : membres supérieurs et inférieurs
- Traumatismes majeurs : colonne cervicale
- Oxygénothérapie
- Techniques d'immobilisation : planche dorsale, matelas immobilisateur
- Hémorragie
- Coup de chaleur
- Hypothermie
- Retrait du casque de moto
- Etc.

La formation de 8 heures a lieu sur une journée et se déroule dans votre région, lorsque le nombre de candidats est suffisant (minimum 10, maximum 12). N'hésitez pas à former des groupes entre organismes membres pour atteindre le nombre requis.

Inscrivez-vous en nous envoyant le formulaire rempli par :

- Courriel à l'adresse suivante : info@fqmhr.qc.ca
- Ou par courrier à l'adresse suivante : FQMHR
7665, boul. Lacordaire
Montréal (Québec) H1S 2A7

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.
Nous vous remercions à l'avance de votre intérêt.

Cordialement,

Michel Brault

Adjoint au directeur général - FQMHR
514 789-0618, poste 3929



FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE
DES MOTOS HORS ROUTE

Formulaire d'inscription

Formation en secourisme 2024

ORGANISME MEMBRE :	_____
NOM DU RESPONSABLE :	_____
COURRIEL RESP. :	_____
TÉLÉPHONE :	_____

CANDIDATS :

COURRIEL		

NOM	_____	PRÉNOM

ADRESSE	_____	VILLE

CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	____/____/____ DATE DE NAISSANCE

COURRIEL		

NOM	_____	PRÉNOM

ADRESSE	_____	VILLE

CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	____/____/____ DATE DE NAISSANCE

COURRIEL		

NOM	_____	PRÉNOM

ADRESSE	_____	VILLE

CODE POSTAL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	____/____/____ DATE DE NAISSANCE