

Know CPR Class Roster

Instructor Signature _____

Instructor: _____

Class Location: _____

Date: _____

Please Print Clearly

<u>First & Last Name</u>	<u>Telephone #</u>	<u>Email</u>	<u>CPR</u>	<u>CLASS</u> <u>First Aid</u>
<u>1</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>2</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>3</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>4</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>5</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>6</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>7</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>8</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>9</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>10</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>11</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>12</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>13</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>14</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>15</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>16</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>