

## Documentation en matière de surveillance des commotions cérébrales / Formulaire d'examen médical

**REMARQUE : Ce formulaire est distribué au parent/tuteur, en même temps que les *Lignes directrices sur les commotions cérébrales pour les Parents* et que le *Guide des parents pour la gestion des commotions cérébrales*. La signature d'un parent/tuteur est requise pour que ce formulaire soit acceptés par l'école.**

\_\_\_\_\_ (nom de l'élève/athlète) \_\_\_\_\_ (date) a subi un coup à la tête, au visage ou au coup, ou un coup au corps qui a transmis une force à la tête et, par conséquent, peut avoir subi une commotion cérébrale.

**Résultats de l'Outil de reconnaissance des commotions cérébrales pour identifier une commotion suspectée :**

**PAS DE SIGNES OU DE SYMPTÔMES CONSTATÉS AU MOMENT DE L'INCIDENT.**

Toutefois, des signes ou symptômes peuvent survenir plus tard, pendant une période de 24 heures. Votre enfant/pupille ne doit participer à aucune activité physique pendant une période de 24 heures. À la maison, le parent/tuteur doit surveiller son enfant/sapupille en utilisant les informations fournis dans les documents *Lignes directrices sur les commotions cérébrales pour les parents* et le *Guide des parents pour la gestion des commotions cérébrales* fournis. Le personnel scolaire surveillera l'élève/l'athlète quand il est à l'école.

**ACTIONS :** Si aucun signe/symptôme ne survient durant la période de surveillance, le parent/tuteur doit remplir la section suivante intitulée Résultats de la surveillance avant que son enfant/pupille ne retourne à l'école.

**Résultats de la surveillance**

En tant que parent/tuteur, j'atteste que mon enfant/pupille a été suivi(e) pendant une période de 24 heures et qu'aucun signe/symptôme n'a été constaté.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_

**Résultats de l'Examen médical**

Mon enfant/ma pupille a été examiné(e) et aucune commotion n'a été diagnostiquée. De ce fait, il/elle peut reprendre sa pleine participation à l'apprentissage et aux activités physiques sans aucune restriction.

Mon enfant/ma pupille a été examiné(e) et une commotion a été diagnostiquée. De ce fait, il/elle doit entamer un Plan de retour à l'apprentissage / Retour à l'activité physique médicalement surveillé, individualisé et graduel. Je comprends que l'école dispose d'un processus documenté pour ce plan.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Commentaires : \_\_\_\_\_