

## Modèle de formulaire d'autorisation médicale à la suite d'une commotion cérébrale

Ce modèle doit être signé par un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien afin d'indiquer que l'élève est médicalement apte à passer de l'étape 3 (retour à l'activité physique) à l'étape 4 (retour à l'activité physique).

| Nom⊠:   |  |  |
|---|--|--|
| Médecin ou membre du personnel infirmier praticien  |  |  |
| <ul> <li>Après évaluation, je confirme que l'élève est médicalement apte à participer aux activités suivantes :</li> <li>Participation complète aux activités d'apprentissage (Étape 4 du retour aux études).</li> <li>Participation à des activités physiques comprenant des exercices d'entraînement et de progression des habiletés et des activités à faible risque de contact physique (Étape 4 du retour à l'activité physique).</li> </ul> |  |  |
|   |  |  |
| Date⊠:  |  |  |
|   |  |  |
| Nom de l'élèveĭ:  |  |  |

| Signature <sup>N</sup> : |  |
|--------------------------|--|
|                          |  |
| Date⊠:                   |  |
|                          |  |
| Commentaires⊠:           |  |
|                          |  |
|                          |  |
|                          |  |