

Modèle d'un formulaire médical et d'avis sur l'élément de risque pour les activités du programme-cadre

NOTEZ BIEN : ACCÈS À L'INFORMATION — Les renseignements fournis sur le présent formulaire sont recueillis conformément aux responsabilités du conseil scolaire en matière d'éducation, telles qu'énoncées dans la Loi sur l'éducation et ses règlements d'application. Ces renseignements sont protégés par la Loi sur l'accès à l'information et la Loi sur la protection des renseignements personnels et ne serviront qu'aux fins de l'application de la politique du conseil scolaire en matière de gestion des risques. Si vous avez des questions concernant ces renseignements, veuillez vous adresser à la direction de l'école.

Les parents/tuteurs doivent compléter le formulaire médical et d'avis sur l'élément de risque puis le retourner au membre du personnel enseignant de l'enfant.

Nom de l'élève :
Année :
Nom du membre du personnel enseignant :
(Si les renseignements concernant votre enfant sont confidentiels ou requièrent plus d'explications, veuillez
contacter son membre du personnel enseignant.)
Date du dernier examen médical :

Date du dernier vaccin antitétanique :	
Est-ce que votre enfant est allergique à certains médicaments, aliments ou autres ?	
Oui	
O Non	
Si oui, veuillez préciser.	
Renseignements d'alerte médicale	
Renseignements d'alerte médicale Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ?	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ?	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ? Oui	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ? Oui Non	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ? Oui Non Est-ce que votre enfant porte une chaînette d'alerte médicale ?	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ? Oui Non Est-ce que votre enfant porte une chaînette d'alerte médicale ? Oui	
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale ? Oui Non Est-ce que votre enfant porte une chaînette d'alerte médicale ? Oui Non	

Si oui, veuillez préciser ce qui est écrit :
Apparail arthodoptique et lupettee
Appareil orthodontique et lunettes
Est-ce que votre enfant porte des lunettes ?
Oui
O Non
Est-ce que votre enfant porte des verres de contact ?
Oui
O Non
Est-ce que votre enfant porte un appareil orthodontique ?
Oui
O Non
Est-ce que votre enfant a subi des restaurations dentaires (c'est-à-dire, couronnes, ponts) ?
Oui
O Non
Affections médicales

Veuillez indiquer si l'une des affections médicales suivantes a été diagnostiquée chez votre enfant et ajoutez des détails pertinents :

O Allergies
O Anaphylaxie
O Asthme
O Diabète type I
O Diabète type II
○ Épilepsie
O Surdité
O Troubles cardiaques
Autres
Détails pertinents :
Veuillez fournir les détails pertinents et les mesures d'adaptation (par exemple, plan de soins) à prendre si votre enfant ne peut pas participer pleinement aux activités physiques :
Médicaments

Est-ce que votre enfant prend des médicaments sur ordonnance ?
Oui
O _{Non}
Si oui, veuillez préciser :
Quels sont les médicaments qui devraient être à la portée de votre enfant durant l'activité physique ?
Qui doit administrer le médicament ?
Problèmes physiques
Cochez toutes les réponses applicables et ajoutez des détails pertinents :
O Arthrite ou rhumatisme
O Articulations enflées, hypermobiles ou douloureuses
O Blessures à la tête ou au dos (durant les deux dernières années)
○ Étourdissements
O Évanouissements

Genoux instables ou bloqués
O Hernie
O Maladies orthopédiques
O Maux de tête
O Saignements de nez chroniques
O Traumatismes médullaires
Détails pertinents :
Commotion cérébrale
Commotion cérébrale Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ?
Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ?
Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ? Oui
Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ? Oui Non
Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ? Oui Non

Quel était l'avis médical du médecin ou de l'infirmier praticien concernant la participation aux activités physiques ?
Si votre enfant se remet actuellement d'une commotion cérébrale diagnostiquée par un médecin/infirmier
praticien qui a eu lieu lors d'une activité physique qui n'était pas organisée par l'école, un formulaire
<u>d'examen médical pour une commotion cérébrale</u> doit être remplie avant que l'élève puisse participer aux
cours d'éducation physique et à l'activité physique quotidienne (APQ). Veuillez obtenir le formulaire auprès
de la direction d'école.
Autres troubles
Veuillez indiquer toute autre affection médicale qui pourrait restreindre la participation de votre enfant ou tout renseignement que devrait connaître le membre du personnel enseignant :
Avis sur l'élément de risque
J'ai lu et compris l'avis sur l'élément de risque de la lettre aux parents/tuteurs pour les activités du
programme-cadre.
programme-caure.
Signature du parent/tuteur :

Date :			