

Modèle d'un formulaire médical et le consentement à la participation pour les sports interscolaires

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 remplir le formulaire médical et le consentement à la participation aux sports interscolaires et le retourner au personnel scolaire concerné.

Remarque : L'élève ne peut pas participer aux pratiques et aux compétitions sans d'abord remettre le formulaire rempli à au membre du personnel enseignant/entraîneur.

Nom de l'élève :
Nom de l'entraîneur :
Activité :
Date de naissance de l'élève :

Personnes à contacter en cas d'urgence (en ordre de priorité)

Nom:
Lien avec l'élève :
Numéro de télephone 1 :
Numéro de téléphone 2 :
Addresse courriel :
Nom:
Lien avec l'élève :
Numéro de télephone 1 :

Numéro de téléphone 2 :
Addresse courriel :
Nom :
Lien avec l'élève :
Numéro de télephone 1 :
Numéro de téléphone 2 :
Addresse courriel :
Nom du médecin :
Numéro de téléphone du médecin :

(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
Est-ce que votre enfant porte un bracelet d'alerte médicale?
Oui
O Non
Est-ce que votre enfant porte une chaînette d'alerte médicale?
Oui
O Non

© Ophea | Page 4 sur 11

Est-ce que votre enfant porte une carte d'alerte médicale?
Oui
O Non
Si oui, veuillez préciser ce qui est écrit dessus :
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

Médicaments

Est-ce que votre enfant prend des médicaments sur ordonnance?

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 :

O 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
○ Évanouissements
Genoux instables ou bloqués

O Hernie
O Maladies orthopédiques
O Maux de tête
O Saignements de nez chroniques
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
Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ? Oui Non Combien de fois?

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
séances d'entraînement et compétitions interscolaires. Veuillez obtenir le formulaire auprès de la direction
d'école.
Autres troubles
Veuillez indiquer toute autre affection médicales qui pourrait restreindre la participation de votre enfant ou tout renseignement que devrait connaître le membre du personnel enseignant :
Autorisation à recevoir des soins médicaux (facultatif)
Si l'enfant qui participe nommé(e) nécessite des soins médicaux d'urgence ou des services hospitaliers, je
consens, en sachant que tous les efforts serent déployés par l'école /l'hônital pour me contacter, à ce que ma

consens, en sachant que tous les efforts seront déployés par l'école/l'hôpital pour me contacter, à ce que ma signature sur ce formulaire autorise le personnel médical ou l'hôpital à administrer des soins médicaux ou chirurgicaux, incluant des anesthésies et des médicaments. Je comprends que je serai responsable des frais encourus, s'il y a lieu.

Signature du parent/tuteur :
Date :
Consentement à la participation et la Reconnaissance des risques
J'ai discuté des signes, des symptômes et de la gestion d'une commotion cérébrale avec mon enfant selon le protocole en cas de commotion cérébrale de l'école/du conseil ou la ressource de Parachute, Un guide sur les commotions cérébrales pour les parents/tuteurs et fournisseurs de soins. [Initiales du parent/tuteur]
J'ai lu et compris les avis concernant l'assurance contre les accidents. [Initiales du parent/tuteur].
Je demande que mon enfant puisse participer aux essais/jouer pour l'équipe de [insérez le nom de l'équipe]
Durant l'année scolaire [insérez l'année]
Par la présente, je reconnais avoir lu et compris l'avis concernant les éléments de risque de la <u>lettre aux</u>

Par la présente, je reconnais avoir lu et compris l'avis concernant les éléments de risque de la <u>lettre aux</u> <u>parents/tuteurs pour les sports interscolaires</u>. J'accepte les risques inhérents liés à l'activité et j'assume la responsabilité des frais médicaux, dentaires et de soins de santé de mon enfant, ainsi que ceux reliés à l'assurance contre les accidents.

Signature du parent/tuteur :		
Date :		