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

Ce modèle d'un formulaire est destiné à servir de guide aux intervenants pour créer un formulaire qui s'harmonise avec les politiques et les procédures de leur division scolaire/école.

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 de l'école concerné.

Remarque : L'élève ne peut pas participer aux pratiques et aux compétitions sans d'abord remettre le formulaire rempli à l'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 enseignant(e).)

Date du dernier examen médical :

Date du dernier vaccin antitétanique :

Est-ce que votre enfant est allergique à certains médicaments, aliments ou autres ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, veuillez préciser.

Renseignements 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
- ◯ Non

Est-ce que votre enfant porte une carte d’alerte médicale ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si oui, veuillez préciser ce qui est écrit dessus :

Appareil orthodontique et lunettes

Est-ce que votre enfant porte des lunettes ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Est-ce que votre enfant porte des verres de contact ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Est-ce que votre enfant porte un appareil orthodontique ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Est-ce que votre enfant a subi des restaurations dentaires (c'est-à-dire, couronnes, ponts) ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Troubles médicaux

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

- ◯ Allergies
- ◯ Anaphylaxie
- ◯ Asthme
- ◯ Diabète type I
- ◯ Diabète type II
- ◯ Épilepsie
- ◯ Surdité
- ◯ Troubles cardiaques

Autres

Détails pertinents :

Médicaments

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

- ◯ Oui
- ◯ 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 :

- ◯ Arthrite ou rhumatisme
- ◯ Articulations enflées, hypermobiles ou douloureuses
- ◯ Blessures à la tête ou au dos (durant les deux dernières années)

- ◯ Étourdissements
- ◯ Évanouissements
- ◯ Genoux instables ou bloqués
- ◯ Hernie
- ◯ Maladies orthopédiques
- ◯ Maux de tête
- ◯ Saignements de nez chroniques

Détails pertinents :

Commotion cérébrale

Est-ce que votre enfant a déjà subi une commotion cérébrale ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

Combien de fois ?

Quand avez-vous reçu le dernier diagnostic ? [mois/jour/année]

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 d’examen médical pour une commotion cérébrale doit être remplie avant que l’élève puisse participer aux séances d’entraînement et compétitions interscolaires. Veuillez obtenir le formulaire auprès de l’administration de l’école.

Autres troubles

Veuillez indiquer tout autre trouble médical qui pourrait restreindre la participation de votre enfant ou tout renseignement que devrait connaître l’enseignant(e) :

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 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 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 **lettre aux parents/tuteurs pour les sports interscolaires**. 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 :