

Modèle d'un formulaire médical et le consentement à la participation pour les activités intra-muros

This sample form is intended to serve as a guide for stakeholders to create a form that aligns with the policies and procedures in their respective school division/school.

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 le consentement à la participation aux activités intra-muros, puis les retourner à l'enseignant de l'enfant.

Nom de l'élève :

Année :

Nom de l'enseignant(e) :

(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 :

Veillez 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
☐ 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
- ☐ Traumatismes médullaires

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 activités et clubs intra-muros. 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) :

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 intra-muros](#).

Signature du parent/tuteur :

Date :

Permission de participer aux activités et clubs intra-muros

Je permets à mon enfant de participer aux activités et clubs intra-muros.

Signature du parent :



Date:

