

Annexe A

Modèle de lettre aux parents/tuteurs, fiche de renseignements médicaux et consentement à la participation pour les sports interscolaires

Ce formulaire doit être rempli au nom de l'élève qui souhaite participer à un sport interscolaire et doit être remis à l'entraîneur avant les premiers essais de l'athlète.

Contenu de la trousse :

- Partie A : Modèle de lettre aux parents/tuteurs
- Partie B : Personne à contacter en cas d'urgence/Fiche de renseignements médicaux, Formulaire de reconnaissance des risques et de consentement

PARTIE A : MODÈLE DE LETTRE AUX PARENTS/TUTEURS

Chers parents/tuteurs,

Veillez conserver les pages de la partie A pour votre information.

Votre enfant a indiqué son intention de devenir membre de l'équipe interscolaire de :

Le contenu de cette fiche a pour but de vous renseigner sur le programme interscolaire.

Les parents/tuteurs doivent remplir la partie B ci-jointe : Personne à contacter en cas d'urgence/Fiche de renseignements médicaux, Formulaire de reconnaissance des risques et de consentement

Remarque : L'élève ne peut pas participer aux essais, aux pratiques et aux compétitions sans d'abord remettre les formulaires remplis à l'entraîneur.

AVIS SUR L'ÉLÉMENT DE RISQUE

Le risque de blessures fait partie de toute activité sportive. Cependant, certaines activités comportent un élément de risque plus élevé. La gravité des blessures peut varier, allant d'entorses mineures aux blessures plus graves (par exemple, commotion cérébrale). Ces blessures résultent de la nature de l'activité et peuvent survenir sans qu'il y ait faute commise par l'élève, le conseil scolaire ou ses employés/représentants ou défectuosité des installations où l'activité a lieu. La sécurité et le bien-être des élèves sont une préoccupation constante et tous les efforts sont déployés afin de réduire au minimum les risques prévisibles liés à l'activité physique. Veuillez contacter l'école pour discuter des risques liés aux activités physiques auxquelles votre enfant participe.

(L'école ou le conseil scolaire peut fournir des renseignements concernant le protocole et les procédures en cas de commotion cérébrale)

COMMOTIONS CÉRÉBRALES – MODÈLE D'ÉNONCÉ

Les politiques et procédures du [nom du conseil scolaire] seront suivies en présence de signes ou de symptômes d'une commotion cérébrale chez l'élève qui a subi un coup à la tête ou au corps. Si des signes ou symptômes de commotion cérébrale sont signalés, nous vous demanderons d'obtenir des soins médicaux (auprès d'un médecin ou d'un infirmier praticien) pour votre enfant. Les parents et les élèves peuvent obtenir des renseignements concernant les commotions cérébrales sur le [site du conseil scolaire].

Nous vous recommandons de revoir avec votre enfant la ressource de Parachute, [Un guide sur les commotions cérébrales pour les parents et fournisseurs de soins](#).

Si l'élève subit une commotion cérébrale diagnostiquée en dehors du milieu scolaire, vous devez en informer la direction de l'école dès que possible.

Il vous est conseillé de prendre connaissance des éléments suivants :

- Les dangers liés à la participation après avoir subi une commotion cérébrale.

- La politique du conseil concernant les commotions cérébrales.
- L'importance d'encourager les valeurs éthiques de franc-jeu et de respect de l'adversaire.

Il vous est conseillé de revoir l'Annexe C-7 - Modèle de stratégies de prévention des commotions cérébrales ou des stratégies de prévention des commotions cérébrales équivalentes du conseil scolaire avec votre enfant.

SYNDROME DE LA MORT SUBITE PAR ARYTHMIE (SMSA)

Le SMSA désigne divers troubles cardiaques qui sont souvent héréditaires et non diagnostiqués, pouvant provoquer la mort subite de jeunes personnes apparemment en bonne santé.

Un évanouissement ou une crise épileptique à la suite d'une agitation émotionnelle, d'un trouble émotionnel ou d'un sursaut pourrait s'agir d'un signe précurseur du syndrome de la mort subite par arythmie. En milieu scolaire, une telle situation est gérée en appelant le service médical d'urgence (911) et en informant les parents/tuteurs. Les parents/tuteurs doivent recevoir l'Annexe M – Syndrome de la mort subite par arythmie (SMSA), laquelle contient des renseignements sur le SMSA, ainsi que le Formulaire de documentation d'un évanouissement. L'élève doit cesser toute activité physique jusqu'à ce qu'il reçoive l'approbation d'un médecin après examen et que le Formulaire de documentation d'un évanouissement soit rempli par le parent/tuteur et retourné à l'administration de l'école. Pour en savoir davantage sur le sujet, visitez le www.sads.ca.

PLAN DE RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE – MALADIES/BLESSURES SANS COMMOTION CÉRÉBRALE

Si votre enfant devait subir une blessure ou attraper une maladie nécessitant des soins médicaux durant la saison compétitive, veuillez avertir l'entraîneur. Vous devez remplir l'Annexe B – Plan de retour à l'activité physique – Maladies/Blessures sans commotion

cérébrale. Vous obtiendrez ce formulaire auprès de l'entraîneur de votre enfant.

ABSENCE DE L'ÉLÈVE EN RAISON D'UNE BLESSURE OU D'UNE MALADIE

Si l'élève manque une activité interscolaire en raison d'une blessure ou d'une maladie nécessitant des soins médicaux (par exemple, un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute), les parents doivent communiquer avec la direction d'école/l'entraîneur pour leur donner la permission à l'élève de retourner au jeu.

Un examen médical annuel est fortement recommandé.

Les élèves doivent suivre leur propre plan de soins en ayant un accès immédiat à leurs médicaments d'urgence (par exemple, inhalateurs pour l'asthme, injecteurs automatiques d'épinéphrine) lorsqu'ils participent aux activités physiques du programme-cadre.

VÊTEMENTS, CHAUSSURES ET BIJOUX

Les élèves doivent porter des chaussures et des vêtements de sport appropriés (et s'il y a lieu, l'équipement protecteur requis selon l'activité) lorsqu'ils participent à un sport interscolaire. Les uniformes de compétition de l'équipe seront conformes aux critères de l'association sportive locale.

Certains bijoux peuvent poser un risque de blessures pour la personne qui les porte ou les autres participants durant les pratiques et les compétitions. Les élèves doivent respecter les consignes de l'enseignant/l'entraîneur, la politique de l'organisme de réglementation/l'association et les procédures du conseil/de l'école s'il leur est demandé d'enlever leurs bijoux.

Les bijoux d'alerte médicale et les articles religieux qui ne peuvent pas être enlevés doivent être recouverts ou retenus par un ruban adhésif.

Les élèves qui ont besoin de lunettes pendant l'activité physique doivent avoir une courroie de sécurité ou des lentilles incassables pour leurs lunettes.

Les élèves doivent se présenter à l'école préparés à participer en toute sécurité à des activités à l'extérieur, en se protégeant des conditions environnementales, s'il y a lieu (par exemple, chapeau, écran solaire, verres fumés, insectifuge, vêtements appropriés).

ÉQUIPEMENT

Une inspection de sécurité doit être effectuée à la maison de tout équipement apporté à l'école pour un usage personnel en classe (par exemple, skis, patins, casques) afin de s'assurer qu'il est en bon état et qu'il convient à un usage personnel.

AVIS CONCERNANT L'ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS EN MILIEU SCOLAIRE

Le [nom du conseil scolaire] ne fournit aucune assurance contre la mort accidentelle, l'invalidité, la mutilation, ainsi que les frais médicaux et dentaires aux élèves participant aux activités organisées par l'école. Pour être couverts en cas de blessures, nous encourageons les parents et tuteurs à se procurer une assurance contre les accidents en milieu scolaire offerte par la compagnie d'assurance de leur choix.

AVIS CONCERNANT L'ASSURANCE TRANSPORT

[Insérez votre politique concernant le transport dans cet espace]

PARTIE B : PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE/FICHE DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, FORMULAIRE DE RECONNAISSANCE DES RISQUES ET DE CONSENTEMENT

NOTEZ BIEN : ACCÈS À L'INFORMATION – Les renseignements fournis sur la présente fiche 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 suivant 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 téléphone 1 :
Numéro de téléphone 2 :

Adresse courriel :

- Nom :

Lien avec l'élève :

Numéro de téléphone 1 :

Numéro de téléphone 2 :

Adresse courriel :

- Nom :

Lien avec l'élève :

Numéro de téléphone 1 :

Numéro de téléphone 2 :

Adresse 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 (encercler) si l'une des conditions médicales suivantes a été
diagnostiquée chez votre enfant.

Encercler toutes les réponses applicables 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

Encerchez 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)
-  tourdissements

- 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, l'Annexe C-3 – *Modèle de documentation de l'examen médicale* doit être remplie avant que l'élève puisse participer aux cours d'éducation physique, à l'APQ, aux activités intra-muros et aux séances d'entraînement et compétitions interscolaires.

Veillez obtenir le formulaire auprès de l'administration de l'école.

AUTRES TROUBLES

Veillez 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 :

RECONNAISSANCE DES RISQUES/DEMANDE DE PARTICIPATION/ACCORD DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

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. 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 :