

**MODÈLE DE LETTRE AUX PARENTS/TUTEURS  
POUR LES ACTIVITÉS INTRA-MUROS, LES ACTIVITÉS DU PROGRAMME-CADRE EN  
ÉDUCATION PHYSIQUE ET POUR LES SPORTS INTERSCOLAIRES**

Chers parents/tuteurs,

Veuillez lire attentivement les informations ci-dessous. Vous devez remplir ce qui s'applique, et remettre le consentement à la participation pour les activités intra-muros et les sports interscolaires ainsi que le formulaire médical et l'avis sur l'élément de risque pour les activités du programme-cadre en éducation physique à l'enseignant(e) responsable de l'activité ou à l'enseignant(e) titulaire de votre enfant au plus tard le \_\_\_\_\_

L'activité physique est essentielle à la croissance et au développement sain des os et des muscles; exigeant non seulement une bonne nutrition, mais aussi la stimulation qu'apporte l'exercice rigoureux, afin d'acquérir la force et l'endurance nécessaires à une vie saine et active. La participation active aux cours d'éducation physique qui proposent des jeux, de la danse, de la gymnastique et des activités de poursuite en plein air permet à l'élève d'acquérir les habiletés et la confiance en soi nécessaires pour jouer et collaborer avec ses pairs de façon coopérative ou compétitive.

À l'école élémentaire/secondaire publique (nom de l'école) \_\_\_\_\_,  
votre enfant pourrait participer à des activités telles que (donner quelques exemples qui s'appliquent à votre école) : \_\_\_\_\_

**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 (p. ex. : commotion cérébrale). Ces blessures résultent de la nature de l'activité et peuvent survenir sans qu'il y ait faute commise par l'élève, l'école, 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 reliés à l'activité physique. En cas de doute, n'hésitez pas à contacter l'école pour discuter des risques potentiels d'une activité.

**Commotions cérébrales**

Les politiques et procédures du CEPEO 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/tuteurs et les élèves peuvent obtenir des renseignements concernant les commotions cérébrales sur le site du CEPEO à <https://cepeo.on.ca/a-propos/politiques-redevances-et-protocoles/eleves/>.

**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, d'un trouble émotionnel ou

***Modèle de lettre de consentement aux parents/tuteurs***

---

d'un sursaut pourrait s'agir d'un signe précurseur du SMSA. Les parents/tuteurs doivent recevoir l'information comprise dans la section *Syndrome de la mort subite par arythmie*, 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/elle 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 la direction de l'école. Pour en savoir davantage sur le sujet, visitez le [www.sads.ca](http://www.sads.ca).

### **Activité physique quotidienne (activités du programme-cadre)**

Dans le cadre de la démarche pour l'activité physique quotidienne (APQ) du ministère de l'Éducation, tous les élèves de notre école participent quotidiennement à une activité physique d'intensité modérée à vigoureuse pendant 20 minutes. Les recherches ont démontré que l'activité physique quotidienne affecte positivement la réussite scolaire, la disposition à l'apprentissage, le comportement, la confiance en soi et la condition physique des élèves. Ce programme d'activité physique quotidienne aura lieu à divers endroits sur le terrain de l'école les jours où il n'y a pas de cours d'éducation physique. Tout comme pour les cours d'éducation physique, les vêtements et les chaussures ne doivent pas constituer un risque pour la sécurité de l'élève ou celle des autres.

### **Chaussures, vêtements bijoux et lunettes**

L'exigence minimale comprend le port d'espadrilles à semelle antidérapante plate en caoutchouc, bien attachées au pied, et de vêtements convenant à l'activité physique (p. ex. : short ou pantalon de survêtement avec un t-shirt/chandail en molleton). Les uniformes de compétition (si applicable) de l'équipe seront conformes aux critères de l'association sportive locale.

Certains bijoux (p. ex. : longues boucles d'oreilles) peuvent poser un risque de blessures pour la personne qui les porte ou les autres élèves et c'est pourquoi, ils/elles doivent respecter les consignes de l'enseignant(e) 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 ou placés adéquatement à l'intérieur des vêtements.

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 disposés à participer, en toute sécurité, à des activités à l'extérieur, en se protégeant des conditions environnementales, s'il y a lieu (p. ex. : chapeau, écran solaire, verres fumés, insectifuges, vêtements appropriés).

### **Équipement**

Une inspection de sécurité doit être effectuée à la maison de tout équipement apporté à l'école pour usage personnel (p. ex. : skis, patins, casques) afin de s'assurer qu'il est en bon état et que son utilisation est sécuritaire pour tous.

### **Plan de retour à l'activité physique suite à une blessure ou une maladie**

Si votre enfant devait subir une blessure ou attraper une maladie nécessitant des soins médicaux durant la saison compétitive ou récréative, veuillez avertir l'entraîneur. Vous devez remplir un *formulaire de retour à l'activité physique* (Annexe 8 de la directive administrative ELE03-DA1).

**Modèle de lettre de consentement aux parents/tuteurs**

Vous obtiendrez ce formulaire auprès de l'entraîneur de votre enfant. Les élèves doivent suivre leur propre plan de soins en ayant un accès immédiat à leurs médicaments d'urgence (p. ex. : inhalateurs pour l'asthme, injecteurs automatiques d'épinéphrine) lorsqu'ils participent aux activités physiques du programme-cadre, aux sports intra-muros ou interscolaires.

**Avis concernant l'assurance contre les accidents en milieu scolaire**

Le CEPEO ne fournit aucune assurance contre la mort accidentelle, l'invalidité, la mutilation ni ne couvre les frais médicaux et dentaires aux élèves participant aux activités organisées par l'école. Pour obtenir une couverture en cas de blessures, nous encourageons les parents/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 (sports interscolaires)**

Les bénévoles qui utilisent leur véhicule personnel pour transporter des élèves lors d'activités scolaires doivent signer un *Formulaire conducteur bénévole, Autorisation de transporter des élèves* (ENS01DA\_Annexe 1 de la directive administrative *Sorties éducatives, culturelles et sportives*).

**RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, ALLERGIES, MÉDICAMENTS ET PROBLÈMES PHYSIQUES - À REMPLIR MÊME SI VOTRE ENFANT NE PARTICIPE PAS AUX ACTIVITÉS INTRA-MUROS OU AUX SPORTS INTERSCOLAIRES (Note : Si les renseignements concernant votre enfant sont confidentiels ou requièrent plus d'explications, veuillez contacter son enseignant(e)).**

**Renseignements d'alerte médicale**

Est-ce que votre enfant porte :

Un bracelet d'alerte médicale ?

Oui       No

Une chaînette d'alerte médicale ?

Oui       Non

Une carte d'alerte médicale ?

Oui       Non

Si oui, veuillez préciser les renseignements médicaux qui apparaissent sur la carte :

**Appareil orthodontique et lunettes**

Est-ce que votre enfant porte :

Des lunettes ?

Oui       Non

Des lentilles cornéennes (verres de contact) ?

Oui       Non

**Modèle de lettre de consentement aux parents/tuteurs**

---

Un appareil orthodontique ?

Oui  Non

Des restaurations dentaires (p. ex. : couronnes) ?

Oui  Non

### Troubles médicaux

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

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Allergies       | <input type="checkbox"/> Épilepsie           |
| <input type="checkbox"/> Anaphylaxie     | <input type="checkbox"/> Surdité             |
| <input type="checkbox"/> Asthme          | <input type="checkbox"/> Troubles cardiaques |
| <input type="checkbox"/> Diabète type I  | <input type="checkbox"/> Autres :            |
| <input type="checkbox"/> Diabète type II |  |

Veuillez fournir les détails pertinents et les mesures d'adaptation (p. ex. : plan de soins)   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 les détails pertinents :

- Arthrite ou rhumatisme
- Articulations enflées, hypermobiles ou douloureuses
- Blessures à la tête ou au dos (durant les deux dernières années)
-  tourdissements
-  vanouissements
- Genoux instables ou bloqués
- Hernie
- Maladies orthopédiques
- Maux de tête
- Saignements de nez chroniques
- Traumatismes médullaires

### Commotion cérébrale

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

Si oui, 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 rempli avant que l'élève puisse participer aux activités intra-muros ou aux sports interscolaires. Veuillez obtenir le *Formulaire d'autorisation médicale pour une commotion cérébrale (permission de participer à des activités physiques)* 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 - DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR TOUS LES PARENTS/TUTEURS

J'ai lu et compris l'avis sur l'élément de risque pour les sports interscolaires, les activités intra-muros et les activités du programme-cadre en éducation physique (APQ).

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

### Autorisation à recevoir des soins médicaux (facultatif)

Si ( nom de l'enfant : \_\_\_\_\_ ) 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 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 : \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

## À REMPLIR SI VOTRE ENFANT VEUT DEVENIR MEMBRE D'UNE ÉQUIPE INTERSCOLAIRE

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

Veillez remplir et remettre le formulaire médical et le consentement à la participation pour les sports interscolaires qui suit à l'entraîneur. Remarque : L'élève ne peut pas participer aux essais, aux pratiques et aux compétitions sans d'abord remettre les formulaires remplis à l'entraîneur.

Nom de l'élève :

Nom de l'entraîneur :

Activité/équipe :

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 du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

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 :

## CONSENTEMENT À LA PARTICIPATION AUX SPORTS INTERSCOLAIRES

- 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 du CEPEO et je reconnais avoir lu, compris et signé le **code de conduite en matière de commotions cérébrales ci-joint** (Annexe 4C) : [ 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 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 : \_\_\_\_\_