

Formulaire de retour à l'activité physique
(maladies/blessures sans commotion cérébrale)

Formulaire de retour à l'activité physique
(maladies/blessures sans commotion cérébrale)

Ce formulaire doit être rempli par le parent/tuteur et retourné à la direction de l'école si l'élève a manqué un cours d'éducation physique, une pratique, une joute ou une activité intra-muros en raison d'une blessure ou d'une maladie nécessitant des soins médicaux (donnés par un médecin, un infirmier praticien, un chiropraticien, un physiothérapeute).

Nom de l'élève : _____

Enseignant : _____

Résultats de l'examen médical

À la suite de sa blessure/maladie [insérer la blessure/maladie _____], mon enfant a été examiné par (cochez une réponse) un médecin, un infirmier praticien, un autre médecin /spécialiste avec les résultats suivants (cochez les cases appropriées) :

- Aucun facteur limitatif découlant de la blessure/maladie n'a été observé; l'enfant peut reprendre toutes ses activités physiques sans restrictions.
- Certains facteurs de la blessure/maladie persistent et limitent la participation sans restrictions. Mon enfant peut participer aux activités physiques en suivant les adaptations indiquées ci-dessous. (Les adaptations doivent être fournies avant la reprise de toute activité physique.)
- Le diagnostic indique que la blessure/maladie empêchera mon enfant de participer aux activités physiques jusqu'à nouvel ordre.
- Consultez les commentaires et les renseignements ci-joints.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :