PLAN DE RETOUR À L'APPRENTISSAGE/RETOUR À L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

Ce formulaire doit être utilisé par les parents/tuteurs pour communiquer le progrès de l'enfant qui suit le plan et doit être accompagné du tableau 3 « *Étapes et responsabilités concernant les commotions cérébrales soupçonnées et diagnostiquées* ».

Le plan de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique intègre une approche mixte. L'étape 2a - Retour à l'apprentissage doit être terminée pour que l'élève puisse reprendre les activités physiques. Chaque étape doit durer <u>au minimum 24 heures</u> (remarque : l'étape 2b – Retour à l'apprentissage et l'étape 2c – Retour à l'activité physique est concomitante).

<u>Étape 1 – Retour à l'apprentissage/Retour à l'activité physique</u>

- *Étape à effectuer à la maison.*
- *Le repos cognitif signifie limiter les activités qui nécessitent de la concentration et de l'attention (p. ex. lecture, envoi de messages texte, télévision, ordinateur, jeux vidéo ou électroniques).*
- *Le repos physique signifie restreindre les loisirs/activités récréatives et les activités physiques de compétition.*

❑ Mon enfant a terminé l'étape 1 du plan de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique (repos physique et cognitif à la maison) et ses **symptômes se sont améliorés**. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 2a – Retour à l'apprentissage.

❑ Mon enfant a terminé l'étape 1 du plan de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique (repos physique et cognitif à la maison) et est **asymptomatique**. Il ou elle s'apprête à passer directement à l'étape 2b – Retour à l'apprentissage et l'étape 2c – Retour à l'activité physique.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

En cas de réapparition des symptômes au cours des étapes suivantes, se reporter à la section « Réapparition des symptômes » située à la page 3 du présent formulaire.

<u>Étape 2a – Retour à l'apprentissage</u>

- *L'élève retourne à l'école.*
- *En classe, l'élève nécessite des stratégies et/ou des démarches personnalisées qui intensifient l'activité cognitive de manière progressive.*
- *Le repos physique signifie restreindre les loisirs/activités récréatives et les activités physiques de compétition.*

❑ Mon enfant a fait l'objet de stratégies et/ou de démarches personnalisées et est **asymptomatique**. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 2b – Retour à l'apprentissage et l'étape 2c – Retour à l'activité physique.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

_____

Étape 2b – Retour à l'apprentissage

- *L'élève reprend des activités d'apprentissage normales à l'école.*

Étape 2c – Retour à l'activité physique

- *L'élève peut uniquement participer à des exercices aérobiques individuels et de faible intensité.*
- *L'élève poursuit ses activités d'apprentissage normales.*

❑ Mon enfant est asymptomatique après avoir participé à des exercices aérobiques individuels et de faible intensité. Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 3 – Retour à l'activité physique.

❑ Ce formulaire doit être retourné à l'enseignant afin d'y inscrire les progrès des étapes 3 et 4.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

_____

_____

_____

_____

Étape 3 – Retour à l'activité physique

- *L'élève peut uniquement participer à des exercices sportifs individuels.*

Étape 4 – Retour à l'activité physique

- *L'élève peut pratiquer des activités sans aucun corps à corps (p. ex. danse, badminton), de légers entraînements musculaires (poids et haltères), des exercices d'entraînement et des exercices sportifs sans contact.*

❑ L'élève a accompli avec succès les étapes 3 et 4 et est asymptomatique.

❑ Ce formulaire sera remis au parent/tuteur de manière à ce qu'un médecin en titre ou un infirmier praticien y indique son diagnostic et appose sa signature.

Signature de l'enseignant : _____

Examen médical

- ❑ Je soussigné, _____ (nom du médecin en titre/de l'infirmier praticien) ai examiné _____ (nom de l'élève) et confirme qu'il ou elle est toujours asymptomatique et peut à nouveau pleinement participer à des activités d'éducation physique/intra-muros/interscolaires normales impliquant des sports sans contact ainsi qu'à des entraînements et des pratiques de sports de contact.

Signature du médecin en titre/de l'infirmier praticien : _____

Date : _____

Commentaires :

_____

_____

_____

Étape 5 – Retour à l'activité physique

- *L'élève peut à nouveau pleinement participer à des activités d'éducation physique/intra-muros/interscolaires normales impliquant des sports sans contact ainsi qu'à des entraînements et pratiques de sports de contact.*

Étape 6 – Retour à l'activité physique

- *L'élève peut à nouveau pleinement participer aux sports de contact, sans aucune restriction.*

****Réapparition des symptômes****

- ❑ Des signes et/ou des symptômes de commotion cérébrale sont réapparus chez mon enfant, qui a fait l'objet d'un examen médical au cours duquel le médecin en titre/l'infirmier praticien lui a conseillé de retourner à :
- l'étape _____ du plan de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

_____

_____