



DOCUMENTATION DE L'EXAMEN MÉDICAL

Le présent formulaire doit être remis à tous les élèves chez qui l'on soupçonne une commotion cérébrale. Pour obtenir plus de renseignements, consulter le **Tableau 3 : Étapes et responsabilités concernant les commotions cérébrales soupçonnées et diagnostiquées.**

Le _____ (date), _____ (nom de l'élève) est soupçonné(e) d'avoir subi une commotion cérébrale. En conséquence, l'élève doit être examiné(e) par un médecin en titre ou un infirmier praticien. Avant son retour à l'école, le parent/tuteur doit informer la direction de l'école des résultats de l'examen médical en remplissant le formulaire ci-dessous.

Résultats de l'examen médical

- Mon enfant a été examiné(e) et **aucune commotion cérébrale** n'a été diagnostiquée. Mon enfant peut donc pleinement reprendre l'apprentissage et l'activité physique, sans aucune restriction.
- Mon enfant a été examiné(e) et **une commotion cérébrale** a été diagnostiquée. Mon enfant doit donc entamer, sous surveillance médicale, un plan progressif et personnalisé de retour à l'apprentissage/retour à l'activité physique.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :
