



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 4 : Retour à l'apprentissage* doit être terminée pour que l'élève puisse reprendre les activités physiques.

Étape 1 – Retour à l'apprentissage/Retour à l'activité physique

- 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 2– Retour à l'apprentissage.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 2 – Retour à l'apprentissage

- Activités scolaires avec encouragement au retour à l'école (selon le niveau de tolérance)
Exemples d'activités à cette étape :

- Lecture ou autres activités cognitives légères
- Interactions sociales
- Temps d'écran, selon le niveau de tolérance

L'étudiant peut commencer à réintégrer l'environnement scolaire, selon son niveau de tolérance.

- 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 Il ou elle s'apprête à passer à l'étape 3 : *Retour à l'apprentissage*

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 3 – Retour à l'apprentissage

Journées partielles ou complètes à l'école avec mesures d'adaptations

- Réintroduire progressivement les travaux scolaires
 - Possibles journées partielles au début
 - L'élève peut avoir besoin de mesures d'adaptation dans sa charge de travail ou son environnement (pauses, temps supplémentaire, lumière tamisée, etc.)
- Mon enfant peut tolérer des journées complètes sans mesures d'adaptations pour la commotion cérébrale, il ou elle peut passer à l'étape 4.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 4: Retour à l'école à temps plein

Reprise des journées complètes à l'école et des activités scolaires, sans mesures d'adaptations liées aux commotions cérébrales.

Plan de retour à l'activité physique

Étape 1 Activités ne causant pas de symptôme

- Activités habituelles à la maison (marche légère, interaction sociale)
 - Réduire le temps d'écran
- 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 2.

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 2A - Exercices aérobiques légers

- Commencer par des exercices aérobiques légers, comme le vélo stationnaire et la marche, à un rythme lent à moyen
- Peut recommencer un léger entraînement de résistance qui n'entraîne pas une aggravation plus que légère et brève des symptômes
- S'exercer jusqu'à environ 55 % de la fréquence cardiaque maximale
- Prendre des pauses et modifier les activités au besoin

Étape 2B - Exercices aérobiques modérés

- Augmenter progressivement la tolérance et l'intensité des activités aérobiques, comme le vélo stationnaire et la marche, à un rythme rapide
 - S'exercer jusqu'à environ 70 % de la fréquence cardiaque maximale
 - Prendre des pauses et modifier les activités au besoin
- Mon enfant peut tolérer un exercice aérobique modéré et peut passer à l'étape 3 du plan de retour à l'activité physique

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 3 – Retour à l'activité physique - Activités individuelles

- L'élève peut uniquement participer à des exercices sportifs individuels.
- Ajouter des activités propres au sport (p. ex., la course, le changement de direction, les exercices individuels).

- Pratiquer des activités de manière individuelle et sous la supervision d'un enseignant, d'un parent/gardien ou d'un entraîneur.
- Poursuivre jusqu'à ce que l'élève ne présente plus de symptômes liés à la commotion cérébrale, même lorsqu'il fait de l'exercice.

Pour procéder à l'étape 4, il est obligatoire d'obtenir l'autorisation d'un médecin ou d'un infirmier praticien en faisant signer le plan ou obtenir une note à annexer au plan

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 :

Version anglaise :

Medical Examination

I, the undersigned, _____ (name of attending physician/nurse practitioner), have examined _____ (name of the student) and confirm that he or she remains asymptomatic and may once again fully participate in regular physical education/intramural/interscholastic activities involving non-contact sports, as well as training and practices for contact sports.

Signature of attending physician/nurse practitioner: _____

Date: _____

Comments:

Étape 4 - Retour à l'activité physique - Exercices d'entraînement et activités n'impliquant pas de contact

- L'élève peut progresser vers des exercices à haute intensité sans contact physique, y compris des exercices et des activités plus exigeants (p. ex., exercices de passes, séances d'entraînement et d'exercice avec plusieurs athlètes
- Mon enfant peut tolérer l'intensité habituelle des activités sans que les symptômes réapparaissent et peut passer à l'étape 5

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 5 – Retour à l'activité physique-reprise des activités non-compétitives

- L'élève peut reprendre toutes les activités non compétitives, les entraînements avec contact sans restriction et les activités d'éducation physique
- L'élève ne participe pas à des matchs de compétition

Mon enfant peut tolérer des activités à haut risque non compétitives et peut passer à l'étape 6 du plan de retour à l'activité physique

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

Étape 6 – Retour à l’activité physique

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

Signature du parent/tuteur : _____

Date : _____

Commentaires :

****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 :
