



## **CONFIRMATION DE CONSULTATION DES RESSOURCES DE SENSIBILISATION AUX COMMOTIONS CÉRÉBRALES (ÉLÈVES)**

- Je désire m'inscrire à l'activité sportive interscolaire suivante :

---

- J'ai consulté la ressource de sensibilisation aux commotions cérébrales remise par mon entraîneur et je m'engage à suivre les recommandations énumérées dans le document.

### **Justificatif d'examen**

Je, \_\_\_\_\_ (nom), confirme avoir examiné une ressource de sensibilisation aux commotions cérébrales.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

## CONFIRMATION DE CONSULTATION DES RESSOURCES DE SENSIBILISATION AUX COMMOTIONS CÉRÉBRALES (PARENTS)

- Mon enfant (moins de 18 ans) désire s'inscrire à l'activité sportive interscolaire suivante :

---

- J'ai consulté la ressource de sensibilisation aux commotions cérébrales remise par l'entraîneur de mon enfant et je m'engage à suivre les recommandations énumérées dans le document.
- Je m'engage à communiquer avec l'entraîneur de mon enfant s'il ou elle démontre des signes ou symptômes d'une commotion cérébrale.

### Justificatif d'examen

Je, \_\_\_\_\_ (nom), confirme avoir examiné une ressource de sensibilisation aux commotions cérébrales.

---

Signature

---

Date