

**D.C. Département du Sport des Écoles Publiques
Association du Sport Interscholaire du District de Columbia****CONSETEMENT DE PARTICIPATION SPORTIVE (CONSENT FOR ATHLETIC PARTICIPATION)**Au directeur de : _____
Nom de l'école (Name of School)RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉLÈVE : _____
(Student Information) NOM COMME IL APPARAÎT SUR LE BULLETIN DE NAISSANCE NIVEAU (Grade)
(Name as it appears on Birth Certificate)DATE DE NAISSANCE (Date of Birth) ÂGE AU 1^{ER} (Age on August 1st) ANNÉE SCOLAIRE (School Year)RÉSIDENCE : _____
(Residence) ADRESSE POSTALE (Street Address)TÉLÉPHONE PRINCIPAL : _____ ADRESSE COURRIEL DU PARENT/TUTEUR : _____
(Primary Phone) (Parent/Guardian Email Address)**AUTORISATION DE PARTICIPATION DE L'ÉLÈVE (STUDENT PARTICIPATION PERMISSION)**

La participation à des compétitions sportives peut entraîner des blessures graves, y compris la paralysie ou la mort. L'amélioration des équipements, des traitements médicaux et un conditionnement physique, ainsi que des changements dans la réglementation, ont permis de réduire ces risques, mais il est impossible de les éliminer de l'athlétisme.

Je donne mon consentement pour que l'élève susmentionné représente son école dans **TOUS LES SPORT** programmes offerts (**en présaison, en cours de saison et après saison**), y compris pour les voyages locaux ou à l'extérieur de l'équipe.

SAUF (Except): _____

DÉCLARATION : Avant de participer à des programmes et/ou voyages interscolaires, tous les élèves (de 18 ans ou plus) ainsi que les parents/tuteurs d'élèves-athlètes mineurs qui souhaitent participer à ces programmes et/ou voyages doivent signer ce formulaire et sont tenus de renoncer à toutes réclamations contre les Écoles publiques de DC, ses employés et le District of Columbia pour toute blessure, accident ou maladie survenant pendant ou en raison de la participation à un programme sportif et/ou un voyage interscolaire. J'accepte la responsabilité d'informer l'école de tout changement ultérieur de cette information. Les élèves participant à des compétitions sportives peuvent être photographiés lors de la compétition.

Je, parent ou tuteur du demandeur mineur, par les présentes, accepte que les Écoles publiques de DC ou leur représentant, puissent enregistrer sur bande vidéo, photographier et enregistrer la voix du demandeur mineur ci-mentionné, pour les médias, le marketing ou à des fins promotionnelles liées à sa participation au Programme Sportif des Écoles Publiques de DC. Cela peut inclure l'affichage en ligne, l'affichage de photos et d'autres possibilités promotionnelles.

J'ai lu ce formulaire et je comprends les règles ci-inclues, et les informations fournies sont exactes et correctes au mieux de ma connaissance.

SIGNATURE du parent / tuteur légal / élève (18 ans ou +) (Signature of Parent/Legal Guardian/Student (18 years +)) _____ DATE _____

RELATION AVEC L'ÉLÈVE Numéro de téléphone domicile/travail Téléphone cellulaire ou autre numéro
(Relationship to Student) (Home/Work Telephone) (Cell Phone or Alternative Number)() Je suis/mon enfant est couvert par une assurance médicale () je ne suis pas / mon enfant n'est pas couvert par une assurance maladie
(I am/my child is covered by Medical Insurance) (I am not/my child is not covered by Medical Insurance)



Renseignements sur les athlètes et le traitement d'urgence

Nom (Nom, Prénom, Initiale) _____ Matricule DCPS de l'élève _____

Rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Sexe Masc. Fém. Date de naissance _____ Classe _____

École _____ Année scolaire **2016-2017**

Contacts en cas d'urgence – Veuillez fournir au moins 2 contacts (*Le parent/tuteur doit figurer en premier)

Nom	Lien de parenté	Domicile	Travail	Mobile
	Parent/Tuteur			

E-mail du parent/tuteur : _____

Assurance et facturation

Cie d'assurance _____ N° police _____ Tél. Cie d'assurance _____

Nom de l'assuré _____ Date d'effet _____

Avez-vous l'un des problèmes suivants (cochez tout ce qui s'applique) ?

Anémie Asthme _____ (Type d'inhalateur) Drépanocyte/Trait drépanocytaire Diabète

Épilepsie Hypertension Commotion/Traumatisme crânien; si oui, date ? _____

Allergies (Epi-Pen utilisé Oui Non) Autre _____

Portez-vous des lentilles ou lunettes ? Lentilles Lunettes Date du dernier rappel de tétanos ? Mois/Année _____

Indiquez tous les médicaments actuellement utilisés, y compris sur ordonnance, en vente libre et inhalateurs de secours :

Si cet élève exige un traitement médical lors de sa participation à un événement sportif interscolaire, un déplacement, ou un entraînement, j'autorise les fournisseurs de soins médicaux de DCPS (entraîneurs sportifs, médecins de l'équipe/du match et techniciens médicaux d'urgence) à prodiguer des soins de médecine du sport à mon enfant et/ou obtenir des services médicaux appropriés. En outre, si le personnel de DCPS ne parvient pas à joindre les contacts désignés ci-dessus, je donne mon consentement aux fournisseurs de santé du sport de DCPS de conduire mon enfant à un hôpital, un centre de soins d'urgence ou un médecin.

Signature _____

Date _____

(Parent, tuteur ou élève majeur)

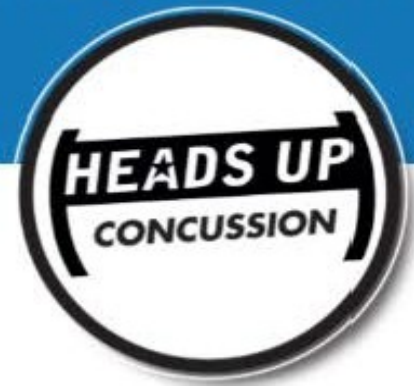
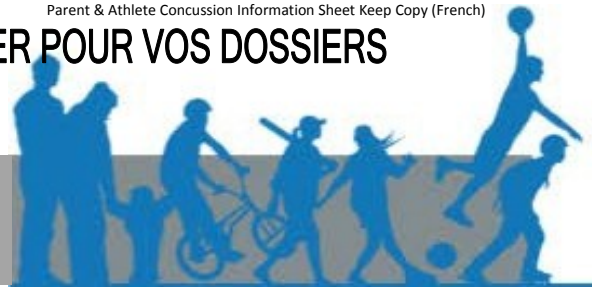
For Office Use Only:

Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____ AT/SC Initials: _____



DCIAA, Médecine du sport

FICHE D'INFORMATION SUR LES COMMOTIONS
CÉRÉBRALES POUR LES PARENTS ET ATHLÈTES



**QU'EST-CE QU'UNE COMMOTION
CÉRÉBRALE ?**

Une commotion cérébrale est un type de traumatisme cérébral qui modifie le fonctionnement normal du cerveau. Une commotion cérébrale est causée par une bosse, un coup ou un choc à la tête ou au corps qui entraîne un déplacement rapide de la tête et du cerveau en arrière. Même un « ding », « voir 36 chandelles » ou ce qui semble être une légère bosse ou un petit coup à la tête peut être grave.

**QUELS SONT LES SIGNES ET
SYMPTÔMES D'UNE COMMOTION ?**

Les signes et symptômes d'une commotion cérébrale peuvent apparaître juste après la blessure ou ne pas apparaître ni être remarqués pendant plusieurs jours ou semaines après la blessure.

Si un athlète signale un ou plusieurs symptômes d'une commotion cérébrale après une bosse, un coup ou un choc à la tête ou au corps, il doit être écarté du jeu le jour de la blessure. L'athlète ne doit reprendre le jeu qu'avec l'autorisation d'un professionnel de la santé expérimenté dans l'évaluation des commotions cérébrales.

LE SAVIEZ-VOUS ?

- La plupart des commotions cérébrales se produisent sans perte de connaissance.
- Les athlètes qui ont eu une commotion cérébrale, à un moment de leur vie, ont un risque accru de subir une autre commotion cérébrale.
- Les jeunes enfants et les adolescents sont plus susceptibles de subir une commotion cérébrale et prennent plus de temps à récupérer que les adultes.

**SYMPTÔMES SIGNALÉS
PAR L'ATHLÈTE :**

- Maux de tête ou « pression » dans la tête
- Nausées ou vomissements
- Problèmes d'équilibre ou vertiges
- Vision double ou floue
- Sensibilité à la lumière
- Sensibilité au bruit
- Sensation d'être apathique, dans le brouillard, ou sonné
- Problèmes de concentration ou de mémoire
- Confusion
- Ne pas se sentir bien ou se sentir déprimé

**SIGNES OBSERVÉS
PAR LES ENTRAÎNEURS :**

- Apparaît étourdi ou sonné
- Est confus au sujet de la tâche ou de la position
- Oublie une instruction
- Est incertain à propos du match, du score, ou de l'adversaire
- Se déplace avec maladresse
- Répond lentement aux questions
- Perd connaissance (même brièvement)
- Affiche des changements d'humeur, de comportement ou de personnalité
- Ne peut pas se rappeler des événements antérieurs au coup ou à la chute
- Ne peut pas se rappeler des événements postérieurs au coup ou à la chute

POURQUOI UN ATHLÈTE DOIT SIGNALER

**« IL VAUT MIEUX MANQUER UN
MATCH QUE TOUTE LA SAISON »**

[INSERT YOUR LOGO]

MÉDECINE DU SPORT

SIGNES DE DANGER D'UNE COMMOTION CÉRÉBRALE

Dans de rares cas, un caillot de sang dangereux peut se former dans le cerveau d'une personne ayant une commotion cérébrale et presser le cerveau contre le crâne. Un athlète doit recevoir des soins médicaux immédiats si, après une bosse, un coup ou un choc à la tête ou au corps, il présente l'un des signes de danger suivants :

- Une pupille est plus grande que l'autre
- Il est-somnolent ou ne peut pas être réveillé
- Des maux de tête qui s'aggravent
- Faiblesse, engourdissement, ou diminution de la coordination
- Vomissements ou nausées à répétition
- Troubles de l'élocution
- Convulsions ou crise épileptique
- Ne peut pas reconnaître les personnes ou les lieux
- Devient de plus en plus confus ou agité
- A un comportement inhabituel
- Perd connaissance (même une brève perte de connaissance doit être pris au sérieux)

QUE FAUT-IL FAIRE SI VOUS PENSEZ QUE VOTRE ATHLÈTE A UNE COMMOTION CÉRÉBRALE ?

1. Si vous pensez qu'un athlète a une commotion cérébrale, sortez-le du jeu et consultez un médecin. N'essayez pas de juger de la gravité de la blessure vous-même. Écartez l'athlète du jeu le jour de la blessure et jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé expérimenté dans l'évaluation des commotions cérébrales estime qu'il n'a plus de symptômes et peut reprendre le jeu.
2. Le repos est essentiel pour aider un athlète à se remettre d'une commotion cérébrale. Les exercices ou activités qui exigent beaucoup de concentration, comme étudier, travailler sur l'ordinateur et les jeux vidéo, peuvent entraîner la réapparition ou l'aggravation des symptômes de commotion cérébrale. Après une commotion cérébrale, le retour à l'école et aux sports est un processus graduel qui doit être soigneusement géré et surveillé par un professionnel des soins de santé.
3. N'oubliez pas : Les commotions cérébrales affectent les gens différemment. Bien que la plupart des athlètes ayant une commotion cérébrale récupèrent rapidement et complètement, certains ont des symptômes qui durent pendant des jours, voire des semaines. Une commotion cérébrale plus grave peut durer pendant des mois ou plus.

POURQUOI UN ATHLÈTE DOIT SIGNALER SES SYMPTÔMES ?

Si un athlète a une commotion cérébrale, son cerveau a besoin de temps pour guérir. Pendant que le cerveau d'un athlète est en train de guérir, il est beaucoup plus susceptible d'avoir une autre commotion cérébrale. Les commotions cérébrales répétées peuvent augmenter le temps de rétablissement. Dans de rares cas, les commotions cérébrales répétées chez les jeunes athlètes peuvent entraîner un gonflement du cerveau ou des lésions permanentes au cerveau. Elles peuvent même être fatales.

Je, soussigné, comprend que j'ai la responsabilité de signaler mes symptômes à mes entraîneurs, administrateurs et/ou fournisseurs de soins de santé.

Je comprends aussi que je ne dois plus avoir aucun symptôme pour reprendre le jeu.

NOM DE L'ÉLÈVE-ATHLÈTE EN MAJUSCULES

SIGNATURE DE L'ÉLÈVE-ATHLÈTE

DATE

J'ai lu la fiche d'information sur les commotions cérébrales de DCIAA, Médecine du sport, et comprends que j'ai la responsabilité de signaler les symptômes de mon enfant aux entraîneurs, administrateurs et fournisseurs de soins de santé. Je comprends aussi que mon enfant ne doit plus avoir aucun symptôme pour reprendre le jeu.

NOM DU PARENT OU TUTEUR EN MAJUSCULES

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR

DATE

REJOIGNEZ LA CONVERSATION  www.facebook.com/CDCHeadsUp



POUR EN SAVOIR PLUS, CONSULTEZ >> [WWW.CDC.GOV/CONCUSSION](https://www.cdc.gov/concussion)

Source du contenu : Programme Heads Up du CDC. Créé par une subvention à la Fondation du CDC de la part du National Operating Committee on Standards for Athletic Equipment (NOCSAE).



NOM DE ATHLÈTE _____

Cher parent / tuteur,

Le Département du sport du District de Columbia met actuellement en œuvre un programme novateur destiné à nos élèves-athlètes. Ce programme aidera nos médecins d'équipe / entraîneurs sportifs à évaluer et traiter les blessures à la tête (par exemple, une commotion cérébrale). Afin de mieux gérer les commotions cérébrales subies par nos élèves-athlètes, nous avons acquis un outil logiciel appelé ImPACT (évaluation et tests cognitifs immédiatement après une commotion cérébrale). ImPACT est un examen informatisé utilisé dans de nombreux programmes sportifs professionnels, universitaires et de lycée dans l'ensemble du pays pour diagnostiquer et gérer les commotions cérébrales. Si l'on pense qu'un athlète peut avoir subi une blessure à la tête lors de la compétition, ImPACT est utilisé pour aider à déterminer la gravité de la blessure à la tête et la date de guérison complète de celle-ci.

L'examen informatisé est administré aux athlètes avant de commencer la pratique ou la compétition de sport de contact. Ce test non invasif est configuré dans un format de type « jeu vidéo » et prend environ 15-20 minutes. Il est simple et en fait beaucoup d'athlètes aiment relever le défi de passer le test. Le test ImPACT est en gros un examen cérébral de pré-saison. Il enregistre des informations comme la mémoire, le temps de réaction, la vitesse et la concentration. Ce n'est, cependant, pas un test de QI.

En cas de soupçon de commotion cérébrale, l'athlète devra repasser le test. Les données du test de pré-saison et du test post-traumatique sont remises à un médecin et/ou neuropsychologue local, pour aider à évaluer la blessure. Les informations recueillies peuvent également être partagées avec votre médecin de famille. Les données de test permettront à ces professionnels de la santé de déterminer la date appropriée de reprise du sport sans danger pour l'athlète blessé. Si une blessure de cette nature touche votre enfant, vous serez informé rapidement avec tous les détails.

Nous tenons à souligner que les procédures de test ImPACT sont non invasives, et ne posent aucun risque pour votre élève-athlète. Nous sommes ravis de mettre en œuvre ce programme étant donné qu'il nous fournit les meilleures informations disponibles pour la gestion des commotions cérébrales et la prévention des dommages cérébraux potentiels qui peuvent se produire avec plusieurs commotions cérébrales. Pour le personnel d'administration, d'encadrement et d'entraînement sportif du Département du sport, la santé et la sécurité de votre enfant passent au premier plan dans son expérience sportive. Veuillez retourner la page ci-jointe avec les signatures appropriées. Si vous avez d'autres questions concernant ce programme, n'hésitez pas à contacter notre bureau au (202) 729-3288.

Département du sport, Écoles publiques du District de Columbia

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Mon enfant a déjà subi une commotion cérébrale ? ___ Oui ___ Non

Nombre total de commotions subies _____

Dates des commotions subies _____

Votre enfant a-t-il déjà passé le test de commotion ImPACT ? ___ Oui ___ Non. **Si oui, date** _____

Pour l'utilisation d'ImPACT (évaluation et tests cognitifs immédiatement après une commotion cérébrale)

J'ai lu les informations ci-dessus. Je comprends son contenu. On m'a donné l'occasion de poser des questions et je suis satisfait de la réponse à toutes mes questions. Je suis d'accord pour participer au programme de gestion des commotions cérébrales ImPACT.

Nom de l'athlète en majuscules

Sport

Signature de l'athlète

Date

Signature du parent

Date