



Département d'athlétisme des écoles publiques de DC
Association sportive interscolaire du District de Columbia

CONSENTEMENT POUR LA PARTICIPATION ATHLÉTIQUE

Au Directeur / À la Directrice de : _____
NOM DE L'ÉCOLE

INFORMATIONS SUR L'ÉLÈVE _____
NOM TEL QU'IL APPARAÎT DANS L'ACTE DE NAISSANCE

CLASSE

2026-2027

DATE DE NAISSANCE

ÂGE AU 1^{er} AOÛT 2026

ANNÉE SCOLAIRE

RÉSIDENCE : _____
ADRESSE

TÉLÉPHONE PRINCIPAL DU PARENT/TUTEUR : _____

ADRESSE ÉLECTRONIQUE DU PARENT/TUTEUR : _____

FORMULAIRE D'AUTORISATION DE PARTICIPATION DE L'ÉLÈVE ET DU PARENT/TUTEUR*

En autorisant et en approuvant la participation de mon élève à des activités sportives et d'athlétisme interscolaires, je comprends et consens totalement à ce qui suit :

- **Acceptation du risque** : Je reconnais et comprends que la participation à des compétitions sportives est volontaire et je comprends que cela peut entraîner des blessures graves, y compris la paralysie ou la mort. L'amélioration de l'équipement, des traitements médicaux et de la condition physique, ainsi que les changements de règles, ont réduit ces risques, mais je comprends qu'il est impossible d'éliminer complètement de tels incidents de l'athlétisme. J'assume le risque de blessure de mon élève-athlète qui peut survenir au cours d'une activité sportive.
- **Tenir inoffensif** : Avec une totale compréhension des risques encourus et compte tenu de l'admission de l'élève au programme d'athlétisme de DCPS, ainsi que des avantages que mon élève tire de sa participation, j'accepte d'exonérer et de dégager de toute responsabilité DCPS/DCIAA, ses membres, ses employés, ses entraîneurs, ses agents, ses entrepreneurs et/ou ses bénévoles de toute responsabilité, de toutes réclamations, causes d'action ou de toute demande découlant de la participation de l'élève à des activités sportives interscolaires.
- **Traitement médical d'urgence** : Dans une situation d'urgence, je donne par la présente mon consentement et j'autorise DCIAA/DCPS/DCSAA et ses agents, préposés et/ou employés à consentir en mon nom et au nom de l'élève-athlète, à administrer des soins/traitements médicaux d'urgence dans le cas où je ne peux pas être averti en raison du caractère immédiat de l'urgence ou après avoir raisonnablement tenté de m'informer de la nécessité de tels soins/traitements médicaux d'urgence.
- **Consommation contrôlée de substances/drogues** : J'affirme que l'élève-athlète ne doit pas utiliser de stéroïdes, de drogues illégales, d'alcool, de cigarettes électroniques, de vaporisateurs ou de tabac, sauf sous prescription médicale pour une condition ou une maladie spécifique.

- **Bizutage/Intimidation** : Je comprends que le bizutage et l'intimidation sont interdits en tout temps. Le bizutage implique tout acte qui soumet les coéquipiers à un inconfort mental ou physique, à l'embarras, au harcèlement ou au ridicule ; l'intimidation consiste à chercher à nuire, à intimider ou à contraindre. Tous les participants au programme d'athlétisme de DCPS doivent afficher un comportement qui favorise une culture positive.
- **Admissibilité** : Je comprends que l'élève-athlète doit se conformer à toutes les conditions d'admissibilité, y compris, mais sans s'y limiter, l'âge, la résidence, la fréquentation scolaire, les résultats scolaires et l'examen physique. L'élève-athlète doit également se conformer à toutes les politiques et toutes les procédures de DCIAA/DCPS/DCSAA en tout temps pour demeurer admissible à la participation aux sports interscolaires. En outre, je comprends que la participation à des sports interscolaires est un privilège et si l'élève ne satisfait pas aux exigences d'admissibilité ou de conformité à tout moment, l'élève peut être exclu immédiatement d'y participer.

Par la présente, je donne mon consentement pour que l'élève nommé ci-dessus représente son école dans les programmes de **TOUS LES SPORTS** offerts (**hors-période, pré-période, en-période et après-période**), y compris les voyages en équipe pour les programmes locaux ou à l'extérieur de la ville.

EXCEPTIONS (si aucune, veuillez indiquer N/A) : _____

CONSENTEMENT DES MÉDIAS

Les élèves qui participent à des compétitions sportives peuvent être photographiés ou filmés pendant la compétition. Aucune compensation n'est incluse.

_____ Moi, le parent/tuteur de l'élève-athlète mineur ou de l'élève-athlète qui a atteint l'âge de 18 ans, **J'ACCEPTÉ** par la présente que DCPS ou son/ses représentant(s) peut filmer, photographier et enregistrer la voix de l'élève-athlète ici-nommé à des fins médiatiques, de marketing ou promotionnelles liées à sa participation au programme d'athlétisme de DCPS. Cela peut inclure la publication en ligne, l'affichage de photos et d'autres opportunités promotionnelles.

_____ Moi, le parent/tuteur de l'élève-athlète mineur ou de l'élève-athlète qui a atteint l'âge de 18 ans, **JE N'ACCEPTÉ PAS** par la présente que l'élève-athlète soit filmé, photographié ou sa voix enregistrée par DCPS à des fins médiatiques, de marketing ou promotionnelles liées à sa participation au programme d'athlétisme de DCPS, et par la présente DÉSISTE.

Remarque : ce consentement des médias ne limite pas le droit de tout élève de participer à un endossement commercial ou de marketing à condition qu'il n'y ait pas de nom ni de logo d'affiliation de l'école, DCPS ou DCSAA, visible et qu'il en informe DCPS/DCSAA, conformément à la politique de DCSAA. Veuillez consulter le manuel de DCSAA pour plus d'informations.

DÉCLARATION : Avant de participer à des programmes et/ou voyages interscolaires, je comprends que tous les parents/tuteurs d'élèves mineurs et d'élèves de 18 ans ou plus qui souhaitent participer à de tels programmes et/ou voyages doivent signer ce formulaire pour y participer. J'accepte la responsabilité d'informer immédiatement l'école de l'élève de tout changement futur concernant les informations fournies. **Je certifie, par la présente, avoir lu attentivement ce formulaire dans son intégralité et comprends les informations qu'il contient. En outre, je confirme que toutes les informations que j'ai fournies ci-dessus sont vraies et exactes à ma connaissance.**

NOM EN LETTRES IMPRIMÉES du Parent/Tuteur ou de l'élève (18 ans et plus)

SIGNATURE du Parent/Tuteur ou de l'élève (18 ans et plus)

DATE

Lien de parenté avec l'élève

Téléphone à la maison/au bureau

Téléphone mobile ou numéro alternatif

() L'élève est couvert par une assurance médicale

() L'élève n'est pas couvert par une assurance médicale

*DCPS= District of Columbia Public Schools

*DCIAA= District of Columbia Interscholastic Athletic Association

*DCSAA= District of Columbia State Athletic Association



Données sur les élèves-athlètes et informations sur les traitements d'urgence

Nom (surnom, prénom, initiale du second prénom) _____

Carte d'élève de DCPS _____

Rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Genre Garçon Fille Non-binaire Date de naissance _____ Classe _____

École _____

Année scolaire 2026-2027

Coordonnées en cas d'urgence : Veuillez fournir au moins 2 (deux) coordonnées (* le parent/tuteur doit être présenté en premier comme étant la personne principale à contacter)

Nom	Lien de parenté	Téléphone à domicile	Téléphone au bureau	Téléphone portable
	Parent/Tuteur			

Courriel du Parent/Tuteur _____

Courriel de la personne à contacter en cas d'urgence _____

Assurance et Facture

Compagnie d'assurance _____ # de police d'assurance _____

Téléphone de la compagnie d'assurance _____

Nom du titulaire de la police/lien de parenté _____ Date en vigueur _____

L'élève-athlète a-t-il l'une les conditions suivantes (cochez toutes celles qui s'appliquent) ? (Cochez tout ce qui s'applique)

Anémie Asthme : Nom du médicament _____ Date d'expiration _____

Drépanocytose / Trait de drépanocytose

Diabète Épilepsie Hypertension artérielle

Commotion cérébrale antérieure/Traumatisme crânien ; si oui, date ? _____

Allergies _____ Epi-Pen utilisé Oui Date d'expiration _____ Non

Autre _____ L'élève-athlète porte-t-il des lentilles de contact ou des lunettes ?

Lentilles de contact Lunettes N/A

Date du dernier vaccin contre le tétanos ? Mois/Année _____

Énumérez les autres médicaments utilisés actuellement, y compris ceux prescrits et en vente libre : _____

S'il devenait nécessaire pour l'élève-athlète d'avoir besoin d'un traitement médical lors de sa participation à un événement sportif interscolaire, à un voyage ou à une séance d'entraînement, j'autorise, par la présente, les prestataires de soins de santé des écoles publiques du District de Columbia et leurs agents (entraîneurs, directeurs sportifs, équipe /médecins du jeu et techniciens médicaux d'urgence (EMT)) pour fournir des soins médicaux à l'élève-athlète et/ou obtenir des services médicaux appropriés. En outre, si le personnel de DCPS n'est pas en mesure de joindre les personnes de contact en cas d'urgence désignés ci-dessus, j'autorise les prestataires de soins de santé de DCPS ainsi que ses agents à envoyer mon enfant dans un hôpital, un centre de soins d'urgence ou chez un médecin disponible pour un traitement médical. Dans une situation d'urgence, je donne, par la présente, mon consentement et j'autorise DCIAA/DCPS/DCSAA ainsi que ses agents, préposés et/ou employés à consentir en mon nom et au nom de mon enfant, à administrer des soins/traitements médicaux d'urgence dans le cas où je ne peux pas être averti en raison du caractère immédiat de l'urgence ou après avoir raisonnablement tenté de m'informer de la nécessité de tels soins/traitements médicaux d'urgence. Je comprends que ce formulaire signé est requis pour que l'élève-athlète puisse participer aux sports.

Signature _____
(Parent/Tuteur ou Élève de 18 ans au moins)

Date _____

For Office Use Only:

Date of DC Universal Health Certificate (Physical) _____

AT/SC Initials: _____



FORMULAIRES D'INFORMATIONS ET DE CONSENTEMENT SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES ET LES ARRÊTS CARDIAQUES SOUDAINS POUR LES PARENTS/TUTEURS ET LES ÉLÈVES-ATHLÈTES

INFORMATIONS SUR LA COMMOTION CÉRÉBRALE

Qu'est-ce qu'une commotion cérébrale ?

Une commotion cérébrale est un type de lésion cérébrale traumatique qui change le fonctionnement normal du cerveau. Une commotion cérébrale est causée par une bosse, un coup ou une secousse à la tête ou au corps qui porte la tête et le cerveau à bouger rapidement de l'avant vers l'arrière. Même un « ding », « fait sonner votre cloche » ou ce qui semble être une légère bosse ou un coup à la tête peut être grave.

Quels sont les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale ?

Les signes et les symptômes d'une commotion cérébrale peuvent apparaître juste après le traumatisme crânien ou peuvent ne pas apparaître ou être remarqués que des jours ou des semaines après le traumatisme crânien. Si un athlète signale un ou plusieurs symptômes de commotion cérébrale après une bosse, un coup ou une secousse à la tête ou au corps, il doit être tenu hors du jeu le jour du traumatisme crânien. L'athlète ne devrait retourner jouer qu'avec la permission d'un professionnel de la santé qui a une expertise dans l'évaluation des commotions cérébrales.

Le saviez vous ?

- La plupart des commotions cérébrales surviennent sans perte de connaissance.
- Les athlètes qui ont, à un moment quelconque de leur vie, subi une commotion cérébrale courent le risque accru d'en avoir une autre.
- Les jeunes enfants et les adolescents sont plus susceptibles d'avoir une commotion cérébrale, et ils mettent plus de temps à récupérer que les adultes.

Symptômes signalés par un athlète :	Signes observés par le personnel d'entraîneurs :
<ul style="list-style-type: none">• 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• Se sentir léthargique, diffus, confus ou étourdi• Problèmes de concentration ou de mémoire• Confusion• Tout simplement ne pas « se sentir bien » ou bien « se sentir déprimé »	<ul style="list-style-type: none">• Apparaît hébété ou étourdi• Est confus concernant un affectation ou un poste• Oublie une consigne• N'est pas sûr du jeu, du score ou de l'adversaire• Se déplace maladroitement• Répond lentement aux questions• Perd connaissance (même brièvement)• Montre des changements d'humeur, de comportement ou de personnalité• Ne peut pas se souvenir des événements antérieurs à un coup ou à une chute• Ne peut pas se souvenir des événements après un coup ou une chute
« IL VAUT MIEUX RATER UN MATCH QUE TOUTE LA PÉRIODE. »	

Signes de danger de commotion cérébrale

Dans de rares cas, un caillot sanguin dangereux peut se former sur le cerveau de la personne, qui a subi 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 une secousse à la tête ou au corps, il présente l'un des signes de danger suivants :

- Une pupille plus grande que l'autre
- Est somnolent ou ne peut pas être réveillé
- Un mal de tête qui s'aggrave
- Faiblesse, engourdissement ou diminution de la coordination
- Vomissements ou nausées à répétition
- Troubles de l'élocution
- Convulsions ou crises d'épilepsie
- Impossible de reconnaître les personnes ou les lieux
- Devient de plus en plus confus, nerveux ou agité
- A un comportement inhabituel
- Perd connaissance (même une perte de connaissance brève doit être prise au sérieux)

Que faire si vous pensez que votre athlète a une commotion cérébrale ?

1. Si vous soupçonnez qu'un athlète a une commotion cérébrale, retirez-le du jeu et consultez un médecin. N'essayez pas de juger vous-même de la gravité du traumatisme crânien. Gardez l'athlète hors du jeu le jour du traumatisme crânien et jusqu'à ce qu'un professionnel de la santé, qui a de l'expertise dans l'évaluation des commotions cérébrales, déclare qu'il ne présente aucun symptôme et qu'il peut reprendre le jeu.
2. Le repos est essentiel pour aider un athlète à se remettre d'une commotion cérébrale. L'exercice ou les activités qui nécessitent beaucoup de concentration, comme étudier, travailler sur l'ordinateur et jouer à des jeux vidéo, peuvent provoquer la réapparition ou l'aggravation des symptômes de commotion cérébrale. Après une commotion cérébrale, le retour aux sports et à l'école est un processus graduel qui doit être soigneusement géré et surveillé par un professionnel de la santé.
3. Veuillez vous rappeler que : Les commotions cérébrales affectent les gens différemment. Alors que la plupart des athlètes, qui ont subi une commotion cérébrale, se rétablissent rapidement et complètement, certains auront des symptômes qui dureront des jours, voire des semaines. Une commotion cérébrale plus grave peut durer des mois ou plus.

Pourquoi un athlète devrait-il 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 encore en train de guérir, il est beaucoup plus susceptible d'avoir une autre commotion cérébrale. Les commotions répétées peuvent augmenter le temps nécessaire pour récupérer. Dans de rares cas, des commotions cérébrales répétées chez de jeunes athlètes peuvent entraîner un œdème cérébral ou des lésions permanentes au cerveau. Ils peuvent même être mortels.

Que se passe-t-il lorsqu'on soupçonne un traumatisme crânien ?

Conformément à D.C. Code § 7–2871.02, un athlète soupçonné d'avoir subi une commotion cérébrale dans une activité sportive doit être immédiatement retiré de la participation physique à l'activité sportive et ne peut pas reprendre la participation physique à l'activité sportive tant qu'il n'a pas été évalué par un prestataire de soins de santé autorisé ou certifié et qu'il ne reçoive une autorisation écrite pour reprendre la participation physique. On peut trouver plus d'informations sur les commotions cérébrales sur la page d'informations destinées aux parents *CDC Heads Up to School Sports* (<https://www.cdc.gov/headsup/highschoolsports/parents.html>).

INFORMATIONS SWAY® POUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES (ÉLÈVES-ATHLÈTES DE L'ÉCOLE SECONDAIRE UNIQUEMENT)

Le programme d'athlétisme des écoles publiques du District de Columbia utilise actuellement un logiciel de gestion des commotions cérébrales appelé Sway® pour aider à identifier les signes d'une commotion cérébrale.

Équilibre : Sway® mesure la stabilité à l'aide de capteurs de mouvement intégrés de tout appareil mobile ou toute tablette pour quantifier le balancement de la posture. Pendant que l'appareil est pressé contre la poitrine, un algorithme d'analyse de mouvement calcule la stabilité, qui permet aux professionnels de la santé d'administrer un test d'équilibre de qualité médicale dans pratiquement n'importe quel endroit.


Cognitif : En plus de l'équilibre, Sway® collecte des mesures clés dans la gestion de commotion cérébrale, notamment :

- La mémoire
- Le temps de réaction
- Le contrôle des impulsions
- Le temps d'inspection

Test de référence :

- Une mesure de référence devra être prise chaque année au début de la saison sportive et/ou après la récupération d'une commotion cérébrale connue.

Les tests de base seront effectués uniquement auprès des élèves du secondaire. Si vous avez des questions ou des préoccupations concernant nos protocoles de gestion des commotions cérébrales, veuillez contacter l'entraîneur sportif principal de la DCIAA, Dr. Jamila L. Watson, DAT, LAT, ATC, ou l'entraîneur sportif de l'école de votre élève.

Pour plus d'informations sur le logiciel Sway, veuillez consulter : <https://swaymedical.com>. 

QUESTIONNAIRE SUR LES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

- L'élève-athlète a subi une commotion cérébrale antérieure ____ Oui ____ Non
- Nombre total de commotions cérébrales subies _____
- Dates des commotions cérébrales subies _____
- Votre enfant a-t-il déjà eu un test SWAY pour une commotion cérébrale ? ____ Oui ____ Non ____ N'est pas certain
 - Si oui, quand _____

INFORMATION SUR UN ARRÊT CARDIAQUE SOUDAIN (ACS)

Définition : Un arrêt cardiaque soudain (ACS) est une condition potentiellement mortelle dans laquelle le cœur arrête de pomper de façon soudaine et inattendue. Si cela se produit, le sang cesse de circuler vers le cerveau et les autres organes vitaux.

ACS est une urgence médicale. Un ACS chez les élèves-athlètes est rare, mais les élèves-athlètes courent un risque plus élevé que les non-élèves-athlètes en raison de l'activité physique qu'ils pratiquent.

Causes : La principale cause d'un arrêt cardiaque est la fibrillation ventriculaire ou la tachycardie ventriculaire, qui est sont des types d'arythmies ou de battements cardiaques irréguliers. Les facteurs de risque importants comprennent un arrêt cardiaque antérieur, une maladie coronarienne, une maladie des valves cardiaques, des malformations cardiaques congénitales et des arythmies causées par la génétique. Toutefois, la moitié des arrêts cardiaques surviennent chez des personnes qui ne savaient pas qu'elles avaient un problème cardiaque. Les autres causes d'un ACS comprennent la cicatrisation du tissu cardiaque, l'épaississement du muscle cardiaque (cardiomyopathie), les médicaments pour le cœur, les anomalies électriques, les anomalies des vaisseaux sanguins et la consommation de drogues à des fins récréatives. Chez les enfants, un arrêt cardiaque peut survenir après un arrêt respiratoire (lorsque la respiration s'est arrêtée) en raison d'un étouffement ou d'une noyade.

Risque d'inaction : Ignorer ces symptômes et continuer à jouer pourrait être catastrophique et entraîner une mort cardiaque subite (SCD). Prendre ces symptômes précurseurs au sérieux et demander des soins médicaux appropriés en temps opportun peut prévenir des conséquences graves, voire mortelles.

Signes avant-coureurs/Symptômes d'un ACS	Réponse d'urgence à un ACS
<ul style="list-style-type: none">● S'effondrer soudainement et perdre connaissance (évanouissement) ;● Ne pas respirer ou la respiration n'est pas efficace, ou bien être à bout de souffle ;● Ne pas réagir aux hurlements ou aux secousses ; et/ou● Ne pas avoir de pouls	<ul style="list-style-type: none">● Agir immédiatement (le temps est le plus critique pour augmenter le taux de survie)● Reconnaître un ACS● Composez le 911 immédiatement● Administrer le CPR● Utiliser un défibrillateur externe automatique (DEA)

On a obtenu l'information utilisée dans ce document de *American Heart Association* (<https://www.heart.org/en/health-topics/cardiac-arrest>), et de *National Institute of Health* (<https://www.nhlbi.nih.gov/health/cardiac-arrest> et <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9674198/>). Veuillez consulter ces sites pour plus d'informations.

En signant ce formulaire de consentement, nous reconnaissons avoir lu les informations ci-dessus sur les commotions cérébrales et les ASC, et nous en comprenons le contenu. Nous avons eu l'occasion de poser des questions, et toutes les questions ont été répondues à notre satisfaction. Nous acceptons que l'élève-athlète participe au programme de gestion des commotions cérébrales SWAY (élèves-athlètes de l'école secondaire uniquement) pendant la participation de l'élève-athlète à des sports interscolaires. Nous comprenons que nous avons la responsabilité de signaler les symptômes de l'élève-athlète à ses entraîneurs, à ses administrateurs et/ou à ses prestataires de soins de santé. Nous comprenons également que l'élève-athlète ne doit présenter aucun symptôme pendant une période de 24 heures avant que le protocole de retour au jeu puisse être initié par DCPS. En outre, nous comprenons que ce formulaire signé est requis pour la participation aux sports interscolaires.

Sports qui vous intéressent

Nom du Parent / Tuteur en lettres majuscules

Signature du Parent / Tuteur
(ou signature de l'élève de 18 ans ou plus)

Date