

Demande de modification d'une procédure

Directive 7002 – Les commotions cérébrales en milieu scolaire

Après avoir discuté de l'importance pour _____ (nom de l'élève/athlète) de se soumettre à un examen et à une surveillance médicale pour son retour progressif à l'apprentissage et à l'activité physique, conformément à la procédure normale, je refuse par la présente la procédure suivante :

- Évaluation diagnostique
- Confirmation de la surveillance médicale
- Examen médical autorisant de passer à l'étape 9 (retour aux activités avec contact)

Je reconnais qu'une commotion cérébrale non diagnostiquée ou non traitée adéquatement augmente le risque de séquelles graves potentielles telles que des troubles d'apprentissage, de santé mentale, de sommeil et de mémoire. Dans certains cas rares, les conséquences potentielles peuvent même aller jusqu'à la mort.

Je comprends l'importance des conséquences d'une commotion cérébrale et je reconnais que le fait de ne pas suivre la directive du District scolaire francophone Sud sur les commotions cérébrales peut accroître le risque pour mon enfant. J'en assume la pleine responsabilité.

Décrivez la procédure convenue avec l'école : _____

Signature du parent/tuteur :

_____ Date : _____

Signature de la direction de l'école :

_____ Date : _____