 Logo du club

 **PROTOCOLE DE GESTION DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES
CONTRAT DE L'ATHLÈTE**

Nom de l’athlète :

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Gymnastique artistique [ ]  Sports de trampoline [ ]  Parkour | [ ]  Gymnastique rythmique [ ]  Gymnastique acrobatique |

**RESPECT DE SOI**

* Je comprends que la commotion cérébrale est une blessure grave et je comprends les risques qui y sont associés ;
* Je comprends que je peux avoir subi une commotion cérébrale, même si je n’ai pas perdu connaissance ;
* Je comprends que je peux avoir subi une commotion cérébrale si j’ai reçu un coup à la tête ou à une autre partie du corps qui aurait causé un mouvement brusque de la tête ;
* Je comprends que si j’ai reçu un coup susceptible d’avoir causé une commotion cérébrale, je dois arrêter de m'entrainer ou de concourir immédiatement ;
* Je comprends que si je continue de pratiquer mon sport même si je crois avoir subi une commotion cérébrale, il y a davantage de risque que les symptômes s’aggravent et qu’ils durent plus longtemps. J’augmente donc les risques de subir une autre blessure ;
* Je ne cacherai pas mes symptômes et j’en parlerai à mon entraîneur, au thérapeute de l’équipe, à mes parents ou à toutes autres personnes responsables ;
* Je respecterai les étapes du protocole de retour à l’école et au sport mis en place par mon club ;
* Je comprends que je devrai avoir effectué un retour complet à l’école, avant de pouvoir reprendre mes activités sportives sans restriction ;
* Je comprends que je pourrais avoir besoin d’une autorisation médicale pour reprendre mes activités sportives sans restriction.

**RESPECT DES AUTRES**

* Je respecterai mes entraîneurs et les thérapeutes sportifs ;
* Je respecterai la personne responsable du protocole de gestion des commotions cérébrales et les décisions qu’elle prendra quant à mon retour à l'école et au sport.

|  |
| --- |
| En signant ce document, je confirme avoir lu le présent contrat et je m’y conformerai. Je comprends que le non-respect d’une des clauses pourrait porter atteinte à ma sécurité.Signature de l’athlète: Signature du parent : Date :  |