



The Commonwealth of Massachusetts
 Direction de la Santé et des Services sociaux
 Département de la Santé publique
 250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

CHARLES D. BAKER
 Governor

KARYN E. POLITO
 Lieutenant Governor

MARYLOU SUDDERS
 Secretary

MONICA BHAREL, MD, MPH
 Commissioner

**ACTIVITÉS PARASCOLAIRES : DÉCLARATION
 PRÉALABLE DE TRAUMATISME
 CRÂNIEN/COMMOTION CÉRÉBRALE**

Formulaire à remplir par le(s) parent(s) ou tuteur(s) de l'élève. À renvoyer au Directeur sportif, ou au responsable désigné par l'école, *avant* le début de chaque saison pour laquelle l'élève prévoit de participer à une activité sportive parascolaire.

Nom de l'élève	Sexe	Date de naissance	Classe (grade)
Établissement		Sport(s)	
Adresse domicile			Téléphone

L'élève a-t-il déjà subi un traumatisme crânien (un coup à la tête) ? Oui _____ Non _____

Si oui, quand ? Dates (mois/année) : _____

L'élève a-t-il déjà reçu des soins médicaux à la suite d'un traumatisme crânien ? Oui _____ Non _____

Si oui, quand ? Dates (mois/année) : _____

Dans l'affirmative, veuillez décrire les circonstances :

L'élève a-t-il reçu un diagnostic de commotion cérébrale ? Oui _____ Non _____

Si oui, quand ? Dates (mois/année) : _____

Durée des symptômes (ex.: *maux de tête, difficulté à se concentrer, fatigue*) après la commotion cérébrale la plus récente :

Parent/Tuteur :

Nom : _____ Signature/Date _____
 (Lettres d'imprimerie)

Élève :

Signature/Date _____



The Commonwealth of Massachusetts
 Executive Office of Health and Human Services
 Department of Public Health
 250 Washington Street, Boston, MA 02108-4619

CHARLES D. BAKER
 Governor

KARYN E. POLITO
 Lieutenant Governor

MARYLOU SUDDERS
 Secretary

MONICA BHAREL, MD, MPH
 Commissioner

**PRE-PARTICIPATION HEAD
 INJURY/CONCUSSION REPORTING FORM
 FOR EXTRACURRICULAR ACTIVITIES**

This form should be completed by the student's parent(s) or legal guardian(s). It must be submitted to the Athletic Director, or official designated by the school, *prior* to the start of each season a student plans to participate in an extracurricular athletic activity.

Student's Name	Sex	Date of Birth	Grade
School		Sport(s)	
Home Address			Telephone

Has student ever experienced a traumatic head injury (a blow to the head)? Yes _____ No _____

If yes, when? Dates (month/year): _____

Has student ever received medical attention for a head injury? Yes _____ No _____

If yes, when? Dates (month/year): _____

If yes, please describe the circumstances:

Was student diagnosed with a concussion? Yes _____ No _____

If yes, when? Dates (month/year): _____

Duration of Symptoms (such as *headache, difficulty concentrating, fatigue*) for most recent concussion: _____

Parent/Guardian:

Name: _____ Signature/Date _____
 (Please print)

Student Athlete:

Signature/Date _____