

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

**SIGNALEMENT D'UN TRAUMATISME
 CRÂNIEN SUBI PENDANT LA SAISON
 SPORTIVE**

Formulaire de signalement des traumatismes crâniens (autres que coupures/contusions mineures) survenant pendant une saison sportive. Il doit être remis au Directeur sportif ou au responsable désigné par l'établissement scolaire et doit être vérifié par l'infirmière scolaire.

Entraîneurs : veuillez remplir le formulaire aussitôt après un match ou un entraînement durant lequel un élève a été sorti du terrain parce qu'un coup reçu à la tête a *peut-être* causé une commotion cérébrale.

Parents/tuteurs : veuillez remplir le formulaire si votre enfant a subi un traumatisme crânien en dehors des activités sportives parascolaires associées à l'école.

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

Date de la blessure/du traumatisme : _____

L'incident s'est-il produit au cours d'une activité parascolaire ? Oui Non

Dans l'affirmative, où l'incident s'est-il produit ? _____

Veuillez décrire la nature et la gravité des blessures subies par l'élève :

Parents/tuteurs :

L'élève a-t-il reçu des soins médicaux ? oui _____ non _____

Si oui, a-t-on diagnostiqué une commotion cérébrale ? oui _____ non _____

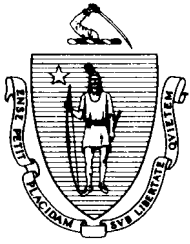
JE DÉCLARE QU'À MA CONNAISSANCE J'AI FOURNI DES RÉPONSES COMPLÈTES ET EXACTES AUX QUESTIONS CI-DESSUS.

Veuillez entourer la mention correcte : - Entraîneur ou - Directeur de la fanfare - Parent/Tuteur

Nom de la personne qui remplit le formulaire (lettre d'imprimerie) : _____

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

**REPORT OF HEAD INJURY DURING
 SPORTS SEASON**

This form is to report head injuries (other than minor cuts or bruises) that occur during a sports season. It should be returned to the athletic director or staff member designated by the school and reviewed by the school nurse.

For Coaches: Please complete this form immediately after the game or practice for head injuries that result in the student being removed from play due to a *possible* concussion.

For Parents/Guardians: Please complete this form if your child has a head injury outside of school related extracurricular athletic activities.

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

Date of injury: _____

Did the incident take place during an extracurricular activity? ____ Yes ____ No

If so, where did the incident take place? _____

Please describe nature and extent of injuries to student:

For Parents/Guardians:

Did the student receive medical attention? yes ____ no ____

If yes, was a concussion diagnosed? yes ____ no ____

I HEREBY STATE THAT TO THE BEST OF MY KNOWLEDGE, MY ANSWERS TO THE ABOVE QUESTIONS ARE COMPLETE AND CORRECT.

Please circle one: Coach or Marching Band Director

Parent/Guardian

Name of Person Completing Form (please print): _____

Signature _____

Date _____