

Code de conduite en matière de commotion cérébrale du VRRRA pour tous les pilotes, et les parents/tuteurs légaux pour les pilotes de moins de 18 ans

J'aiderai à prévenir les commotions cérébrales comme suit :

- En portant de manière appropriée l'équipement adapté à mon sport.
- En développant mes compétences et mes forces pour pouvoir participer au mieux de mes capacités.
- En respectant les règles du VRRRA.
- Par mon engagement pour le fair-play et le respect de tous* (le respect des autres pilotes, officiels du piste, bénévoles et représentants officiels du VRRRA).

Je veillerai à ma santé et à ma sécurité en prenant les commotions cérébrales au sérieux. D'ailleurs, je comprends ce qui suit :

- Une commotion cérébrale est une blessure au cerveau qui peut avoir des effets à court terme et à long terme.
- Un choc porté à la tête, au visage, au cou ou au corps qui déplace le cerveau dans le crâne peut provoquer une commotion cérébrale.
- Une commotion cérébrale ne se manifeste pas forcément par une perte de connaissance.
- Je m'engage à reconnaître les signes d'une commotion cérébrale et à signaler tout cas s'y rapportant, notamment si je suis directement concerné(e), mais aussi à informer la personne désignée lorsque l'on soupçonne une commotion cérébrale chez un autre individu.*
- En cas de commotion cérébrale, la poursuite de l'exercice, de l'entraînement ou de la compétition augmente le risque de développer des symptômes plus graves et plus durables, ainsi que le risque de subir d'autres blessures.

Je ne cacherai pas les symptômes suggérant une commotion cérébrale. J'en parlerai, pour moi et pour les autres.

- Je ne cacherai pas mes symptômes. Si je présente un **quelconque** symptôme suggérant une commotion cérébrale, j'en parlerai à l'équipe médicale, un représentant officiel, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance.

- Si quelqu'un me parle de symptômes suggérant une commotion cérébrale ou si j'observe de tels symptômes chez quelqu'un, j'en parlerai à un entraîneur, un représentant officiel, un soigneur de l'équipe, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance pour obtenir de l'aide.
- Je comprends que si je souffre d'une éventuelle commotion cérébrale, je serai écarté(e) des courses et je ne pourrai pas reprendre la pratique ou la compétition avant d'avoir subi un examen médical effectué par un médecin ou un infirmier praticien et d'avoir obtenu l'autorisation médicale de reprendre les courses.
- Je m'engage à partager toutes les informations pertinentes concernant les incidents de mise en retrait avec toute autre organisation sportive auprès de laquelle l'athlète est inscrit(e)*

Je prendrai le temps de guérir car c'est important pour ma santé.

- Je comprends mon engagement visant à soutenir le processus de retour au sport* (je devrai respecter le protocole de retour au sport de mon organisation sportive).
- Je comprends que je dois obtenir l'autorisation médicale d'un médecin ou d'un infirmier praticien pour pouvoir reprendre la compétition.
- Je respecterai les officiels, mes parents, les professionnels des soins de santé, ainsi que les médecins et les infirmiers praticiens, dans le cadre de ma santé et de ma sécurité.

En signant ici, je reconnais avoir lu l'intégralité du présent Code de conduite en matière de commotion cérébrale et je m'engage pleinement à le respecter. J'ai aussi lu le SENSIBILISER AUX PROBLÈMES DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES de l'Ontario.

Pilote Nom et Signature: _____

Date : _____

Parent/Tuteur légal (pour les pilotes de moins de 18 ans)

Nom et Signature : _____

Date : _____