

Rapport de restriction d'activités en cours d'éducation physique due à une maladie bénigne ou une blessure



Office of Curriculum and Instructional Programs
Éducation physique et sportive du PreK-12
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulaire MCPS 345-22
Mai 2019
Page 1 sur 2

INSTRUCTIONS

Ce formulaire doit être rempli dès lors qu'un prestataire de santé agréé ou que l'infirmier(e) de l'établissement scolaire a prescrit de restreindre la pratique de certaines activités par l'élève en cours d'éducation physique. Ce formulaire permet au prestataire de santé ou à l'infirmier(e) de définir la nature et la durée de cette restriction.

PARTIE I: A REMPLIR PAR LE PARENT/TUTEUR LÉGAL (remplir par ordinateur ou écrire en majuscules.)

Nom de l'élève (nom, prénom, deuxième prénom) _____ Date ____/____/____

École _____ Grade ____ Identifiant MCPS de l'élève _____

Prestataire de santé agréé Nom _____ N° de téléphone ____-____-____

J'autorise MCPS à contacter le prestataire de santé agréé ou l'infirmier(e) mentionné plus haut à utiliser le contenu de ce formulaire dans le cadre des règles de confidentialité et discrétion pour l'organisation du programme d'éducation physique de mon enfant.

Je comprends que ma soumission électronique du présent formulaire et ma signature électronique sont destinées à être, constituent, et sont équivalentes à ma signature personnelle.

Signature, parent/tuteur légal _____ Date ____/____/____

2ème PARTIE : A REMPLIR PAR LE PRESTAIRE DE SANTÉ AGRÉÉ OU L'INFIRMIER(E)

Medical diagnosis _____

Duration of the condition: Short Term

The condition is: Progressive Nonprogressive

Date student may return to unrestricted activity ____/____/____

Date student will be reexamined ____/____/____

Functional Capacity (please check one and complete form on other side)

- Unrestricted (no restrictions on contact or intensity)
- Self-limited (student is able to determine appropriate activities)
- Mild-restriction (only avoid vigorous activities)
- Moderate restriction (limits sustained, strenuous activities)
- Severe restriction (limits are severe)

PARTIE III: A REMPLIR PAR LE PRESTAIRE DE SANTÉ AGRÉÉ OU L'INFIRMIER(E).

Locomotor Skills:

- Walk Hop Run Slide Skip Jump Gallop Leap

Fitness:

- | | | | | | |
|-----------------------|--|---|---|--|------------------------------------|
| Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Aerobic Dance | <input type="checkbox"/> Exercise Bicycle | <input type="checkbox"/> Jump Rope | <input type="checkbox"/> Step Aerobics | <input type="checkbox"/> Treadmill |
| | <input type="checkbox"/> Aerobic Walk | <input type="checkbox"/> Jog/Run | <input type="checkbox"/> Rowing Machine | <input type="checkbox"/> Stair Stepper | |
| Flexibility | <input type="checkbox"/> Arm/Hand | <input type="checkbox"/> Back/Abdominal | <input type="checkbox"/> Hip/Pelvis | <input type="checkbox"/> Leg/Knee | |
| | <input type="checkbox"/> Arm/Shoulder | <input type="checkbox"/> Head/Neck | <input type="checkbox"/> Leg/Foot | | |

Muscular Strength and Endurance

- Curl Ups Free Weights (light) Plyometrics Pull/Chin Ups Weight Machines

Dance Activities:

- Aerobic Ethnic/Folk Modern Square Dance Other _____
- Ballet Jazz Social Dance Western

PARTIE III: A REMPLIR PAR LE PRESTAIRE DE SANTÉ AGRÉÉ OU L'INFIRMIER(E).

Individual Skills (non contact activities and individual practice skills):

- | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Archery | <input type="checkbox"/> Fencing | <input type="checkbox"/> Horseshoes | <input type="checkbox"/> Rapid Overhead Movements | <input type="checkbox"/> Tennis |
| <input type="checkbox"/> Badminton | <input type="checkbox"/> Field Hockey | <input type="checkbox"/> Soccer | <input type="checkbox"/> Kicking Dynamic Objects | <input type="checkbox"/> Throwing |
| <input type="checkbox"/> Basketball Skills | <input type="checkbox"/> Swimming | <input type="checkbox"/> Softball | <input type="checkbox"/> Kicking Stationary Objects | <input type="checkbox"/> Track and Field |
| <input type="checkbox"/> Bouncing | <input type="checkbox"/> Table Tennis | <input type="checkbox"/> Lacrosse | <input type="checkbox"/> Striking Dynamic Objects | <input type="checkbox"/> Volleyball |
| <input type="checkbox"/> Bowling | <input type="checkbox"/> Frisbee | <input type="checkbox"/> Paddleball | <input type="checkbox"/> Striking Stationary Objects | |
| <input type="checkbox"/> Catching | <input type="checkbox"/> Golf | <input type="checkbox"/> Pickleball | <input type="checkbox"/> Flag/Touch Football | |
| <input type="checkbox"/> Cycling | <input type="checkbox"/> Handball | <input type="checkbox"/> Racquetball | <input type="checkbox"/> Floor/Street Hockey | |

Team Activities (game situations where contact with other students is likely to occur):

- | | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Basketball | <input type="checkbox"/> Flag/Touch Football | <input type="checkbox"/> Soccer | <input type="checkbox"/> Track and Field |
| <input type="checkbox"/> Cricket | <input type="checkbox"/> Floor/Street Hockey | <input type="checkbox"/> Softball | <input type="checkbox"/> Volleyball |
| <input type="checkbox"/> Fencing | <input type="checkbox"/> Frisbee | <input type="checkbox"/> Speedball | <input type="checkbox"/> Wrestling |
| <input type="checkbox"/> Field Hockey | <input type="checkbox"/> Lacrosse | <input type="checkbox"/> Team Handball | |

Tumbling and Gymnastics:

- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Balance Beam | <input type="checkbox"/> Inverted Activities | <input type="checkbox"/> Pyramid Building | <input type="checkbox"/> Uneven Bars |
| <input type="checkbox"/> Climbing Rope | <input type="checkbox"/> Parallel Bars | <input type="checkbox"/> Rings | <input type="checkbox"/> Vaulting Box |
| <input type="checkbox"/> Horizontal Bar | <input type="checkbox"/> Pommel Horse | <input type="checkbox"/> Stunts and Tumbling | |

Types of Games

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chasing/fleeing | <input type="checkbox"/> Cooperative | <input type="checkbox"/> Propelling/Receiving | <input type="checkbox"/> Tagging |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|

Provide additional comments that will aid in the modification of physical education for this student:

I understand that my electronic submission of this form and my electronic signature are intended to be, constitute, and are equivalent to my personal signature.

Signature, Authorized Health Care Provider/
School Community Health Nurse _____ Date ____/____/____