

DES JOUEURS



Je ferai de mon mieux pour me protéger et protéger les autres des commotions cérébrales.

- Je porterai correctement l'équipement de hockey approprié.
- Je développerai mes habiletés et ma force corporelle afin de pouvoir jouer au mieux de mes capacités.
- Je respecterai les règles du jeu.
- Je me respecterai et respecterai mes adversaires.
- Je ne me battrai pas ni ne tenterai de blesser qui que ce soit intentionnellement.
- Je ne frapperai et ne pousserai pas un autre joueur par derrière ni à la tête.
- Je ne frapperai et ne pousserai pas un autre joueur qui se trouve en position vulnérable.
- Je jouerai de façon sécuritaire, intelligemment et loyalement.

Je prendrai au sérieux le problème des commotions cérébrales et l'éducation sur les commotions cérébrales.

- Je comprends qu'une commotion cérébrale est une lésion cérébrale grave qui peut avoir des effets à court et à long terme.
- Je comprends qu'une commotion cérébrale a pu se produire même si je n'ai pas perdu connaissance.
- Je comprends que tout coup à la tête, au visage, au cou ou un coup porté au corps qui provoque une secousse soudaine de la tête peut causer une commotion cérébrale.
- Je comprends que si je pense avoir subi une commotion cérébrale, je devrais arrêter de jouer immédiatement.
- Je comprends que le fait de continuer à jouer en cas de soupçons de commotion cérébrale augmente pour moi le risque de présenter des symptômes plus graves et plus durables ainsi que le risque de subir d'autres blessures.
- Je suivrai et respecterai le protocole et les politiques sur les commotions cérébrales de ma ligue de hockey.

Je ne jouerai pas si j'éprouve de la douleur. Je parlerai en mon nom et au nom des autres.

- Je ne cacherai pas mes symptômes. Si je crois avoir subi une commotion cérébrale ou si j'éprouve des signes et symptômes de commotion après un impact, j'en parlerai à mon entraîneur, au soigneur, à la personne responsable de la sécurité, à un parent, au fournisseur de soins ou à tout autre adulte en qui j'ai confiance.
- Si un autre joueur me parle de symptômes d'une commotion cérébrale ou si je remarque qu'il peut en avoir subi une, j'en parlerai à un entraîneur, un responsable, le soigneur de l'équipe, une personne responsable de la sécurité, un parent ou un autre adulte en qui j'ai confiance afin qu'il puisse aider.
- Je comprends que le fait d'informer tous mes entraîneurs et enseignants de tout diagnostic de commotion cérébrale les aidera à soutenir mon rétablissement.
- Je comprends que si je montre des signes ou des symptômes de commotion cérébrale, je serai retiré de la pratique ou du jeu et ne pourrai pas reprendre ces activités avant d'avoir été évalué par un médecin.

Je ne reprendrai pas le hockey ou une autre activité physique tant que je ne serai pas prêt et complètement rétabli.

- Je comprends que je ne pourrai pas reprendre la pratique ou le jeu après un impact si je ressens des signes et des symptômes de commotion cérébrale.
- Je comprends qu'avant de reprendre le hockey et d'autres activités physiques, je devrai obtenir l'autorisation d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé qualifié, de préférence ayant de l'expérience en gestion des commotions cérébrales.
- Je comprends que je devrai suivre la Stratégie de reprise des activités sportives lorsque je reprendrai le hockey et d'autres activités physiques.
- Je respecterai mes entraîneurs et les soigneurs, le personnel de sécurité de l'équipe, les parents et les professionnels de la santé ainsi que toute décision prise à l'égard de ma santé et de ma sécurité.

Joueur

Parent/fournisseur de soins
(si le joueur a moins de 18 ans)

Date