

**Annexe 1 : Formulaire de candidature au Centre national d’entraînement**

Veuillez envoyer par télécopieur ou par courriel tous les formulaires signés à :

Judo Canada

 Viau

Montréal, Québec H4V

Attention : Marie-Hélène Chisholm, gérante de la haute performance

(mh.chisholm@judocanada.org)

2016-2017

 Temps plein et sport-étdes 5 soirs judo / samedi AM 2 soirs judo/ samedi AM

Date d’arrivée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Détails personnels**

Prénom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Sexe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse actuelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Groupe d’âge : U18 U21 Senior Catégorie de poids : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de passeport de Judo Canada : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro d’assurance maladie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Possédez vous une assurance voyage (maladies et hospitalisation) : OUI / NON *(si oui, joindre une photocopie de votre preuve d’assurance)*

**Citoyenneté / Nationalité**

Citoyen canadien : OUI / NON

Si non, Statut : Résident permanant

 En attente de statut

**Éducation et emploi**

 Étudiant temps pleins (Nom de l’établissement scolaire et nom du programme, si applicable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Étudiant temps partiel (Nom de l’établissement scolaire et nom du programme, si applicable :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Travailleur (Quel est votre emploi et employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

 Athlète temps plein

**Historique des performances**

Meilleures performances au cours de l’année

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Meilleures performances en carrière

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Objectifs**

Quels sont vos objectifs à court terme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Quels sont vos objectifs à long terme

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Détails sur votre entraîneur personnel**

Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Courriel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature entraîneur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Détails d’un contact d’urgence***

 Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Courriel\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lien \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Autorités**

1. **Divulgation de blessure/ maladie**

Indiquez toutes les maladies et blessures qui ont affecté votre entraînement au cours des 12 derniers mois et le nom et l’adresse du médecin consulté en fonction de votre état. Les vieilles blessures qui ont des effets permanents doivent aussi être déclarées.

Maladie/blessure Médecin Adresse et téléphone

1\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Décharge médicale**

J’autorise par la présente tout hôpital, médecin ou toute autre personne qui ma soigné ou examiné à donner au centre, ou à son représentant, toute information en rapport avec ma maladie ou ma blessure, historique médical, consultation, prescription ou traitements ainsi que des copies de tous les dossiers de l’hôpital ou médicaux. Une copie de cette autorisation doit être considérée aussi efficace et valide que le document original.

 Signature de l’athlète \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Photo et média**

J’autorise l’INS-Q, Judo Canada et les fédérations reliées avec Judo Canada à utiliser ma photo pour le site internet de Judo Canada et ses fédérations, pour les médias sociaux et pour la publicité reliée au judo.

 Signature de l’athlète \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Déclaration et signature**

Je veux être pris en considération pour m’inscrire ou me réinscrire au Centre national. Je déclare que toute l’information présente dans ce formulaire de candidature est exacte et complète. Je comprends que le Centre se réserve le droit de modifier ou de changer toute décision au sujet de l’admission si l’information est inexacte ou incomplète. Cette demande ne sera pas acceptée si tout élément d’information n’est pas exact ou complet.

Signature de l’athlète \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Pour les athlètes de moins de 18 ans, le parent, le tuteur ou le gardien qui est le premier répondant légal doit signer :***

Nom (en lettre moulées) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lien avec l’athlète \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Province\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Contrat de l’athlète
Programme canadien antidopage
Groupe national d’athlètes**

Je comprends que mon organisme national de sport, Judo Canada, a adopté le Programme canadien antidopage (PCA) 2015.

1. Je conviens que, en tant que membre du groupe national d’athlètes pour mon sport, je dois me conformer au Programme canadien antidopage (PCA) et que, par conséquent, je dois respecter tous les règlements antidopage et assumer les responsabilités énoncés dans le PCA.
2. Je déclare que j’ai suivi les cours de formation sur les règlements antidopage et les violations énoncés dans le PCA. **(http://education.cces.ca)**
3. Je conviens que ces renseignements, y compris mes renseignements personnels, peuvent être partagés entre les organismes antidopage à des fins d’antidopage et que ces renseignements sont utilisés uniquement d’une manière qui est conforme aux restrictions énoncées dans le Standard international sur la protection des renseignements personnels de l’Agence mondiale antidopage.
4. Sachant que toute divulgation n’a pour autre but qu’aider le CCES à mettre en application le PCA, j’autorise les services de police et les organismes d’application de la loi, les agences de services frontaliers, de même que les organismes de sport dont je suis membre, les clubs sportifs et les associations athlétiques auxquels j’appartiens, au Canada et ailleurs, à divulguer au CCES les renseignements en leur possession qui me concernent et qui sont directement liés aux violations potentielles des règles antidopage du PCA qui pourraient être invoquées contre moi

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom de l’athlète |  | Signature de l’athlète |
|  |  |  |
| Nom du parent/tuteur (si l’athlète est mineur/e) |  | Signature du parent/tuteur (si l’athlète est mineur/e) |
| Date |  |  |