

Avis: Vous devez remplir et signer le présent document juridique pour que votre inscription soit acceptée. VEUILLEZ LE LIRE ATTENTIVEMENT. Il vous retire le droit d'intenter des poursuites judiciaires en toutes circonstances. Si vous ne le comprenez pas, consulter un conseiller juridique avant de le signer.

DÉCHARGE, INDEMNISATION, AUTORISATION ET ASSURANCE TOUS RISQUES

Moyennant l'acceptation de mon inscription pour combattre et/ou la permission de participer aux Championnats Nationaux Ouverts de Judo et/ou le camp d'entraînement national (ci-après appelé "cet événement") je dégage, acquitte par acte et décharge à jamais, par la présente, et consens à indemniser et à éviter tout préjudice à Judo Canada, les organisateurs de cet événement, leurs dirigeants, cadres, directeurs, officiels, agents, employés de bureau et représentants respectifs (ci-après nommés "les renonciataires") de toutes réclamations, actions juridiques, frais, dépenses et requêtes respectivement à ma mort, à des blessures ou dommages occasionnés à ma personne ou à ma propriété, causés de quelque manière que ce soit, découlant ou en raison du fait que je combatte ou participe à cet événement, et ce nonobstant le fait que cela ait pu être causé, être lié à ou occasionné par négligence, bris de contrat, un manquement à ses responsabilités à titre d'occupant des lieux, ou autrement, ou par les renonciataires ou l'un d'entre eux.

Je consens à assumer tous les risques, connus et inconnus, et toutes les conséquences afférentes ou liées au fait que je combatte ou participe à cet événement. Je consens à respecter tous les règlements, toutes les règles et conditions de cet événement.

Je certifie que:

- 1) Je suis en bonne condition physique et que je ne souffre d'aucune blessure, maladie ou handicap et que je ne me suis injecté ou n'ai ingéré aucune substance susceptible de nuire à ma performance ou à ma condition physique ou d'augmenter les possibilités de blessures au moment de combattre ou de participer à cet événement.
- 2) Aucun médecin, infirmier, thérapeute, instructeur, entraîneur, gérant ou autre ne m'a déconseillé de combattre ou de participer à un sport comportant des contacts physiques ou à cet événement.
- 3) Je connais bien le judo et la nature d'un combat de judo. Je suis conscient(e) qu'il y a des risques de blessures en raison de la nature même du sport.
- 4) En outre, le(s) parent(s) ou le(s) tuteur(s) légal(aux) des participants mineurs de moins de 18 ans accepte(nt) de communiquer aux dits participants mineurs les avertissements et les conditions mentionnés ci-dessus, ainsi que leurs conséquences, et consent(ent) à la participation des mineur(s) en question.
- 5) Je suis conscient du fait que Judo Canada a adopté le Programme canadien antidopage (PCA), lequel énonce les règles régissant le contrôle du dopage au Canada. Administré par le Centre canadien pour l'éthique dans le sport (CCES), le PCA s'applique à toute personne, et tant aux athlètes qu'au personnel d'encadrement des athlètes, inscrite à cette manifestation et qui y participe. En apposant ma signature ci-dessous, je reconnais que le PCA s'applique à moi et y être assujetti(e). Je comprends aussi que je pourrais être appelé(e) à compléter un apprentissage en ligne comme condition de mon inscription à cette manifestation. En participant à cette manifestation, je consens à ce que le PCA s'applique à moi. Pour de plus amples renseignements, consultez la Zone athlète du site Web du CCES à <http://www.cces.ca/zoneathlete>.

En plus, j'accepte que Judo Canada a le droit d'utiliser, sous la forme désirée et pendant une période de temps choisie à la discrétion exclusive de Judo Canada, sans le paiement d'aucun frais, des photographies, des images, des portraits, des vidéos ou n'importe quel autre enregistrement ou reproduction de moi, afin de promouvoir les objectifs de Judo Canada. Cela inclut, sans limiter la généralité de ce qui précède

- a. l'entraînement, l'éducation, la formation des judokas, des entraîneurs, des officiels et
- b. des raisons de publicité de Judo Canada

Je serai lié(e) par le présent document de même que mes héritiers, mes exécuteurs testamentaires, mes curateurs, mes cessionnaires et représentants personnels.

Je serai lié(e) par le présent document de même que mes héritiers, mes exécuteurs testamentaires, mes curateurs, mes cessionnaires et représentants personnels.

J'ai lu le présent document et je comprends qu'en y apposant ma signature je renonce à des droits importants. C'est donc en toute connaissance de cause que je signe le présent document.

J'accepte, de mon plein gré, de participer à l'événement en sachant les risques que j'encours et les conditions dans lesquelles il va se dérouler.

Nom du Participant

Signature du Participant

Date

Nom du Témoin

Signature du Parent/Guardien
Si le Participant a moins de 18 ans.

Date

* Use of high quality mouth guards are recommended during competition and other forms of sparring.

* L'utilisation d'un protège buccal synthétique de qualité est recommandée lors de la compétition et autres formes d'entraînement.

Revised / Révision

16/01/2009

MEDICAL SUMMARY FORM FORMULAIRE DU SOMMAIRE MÉDICAL

* Information to be used for medical screening and emergency.

* L'information ne sera utilisée que pour dépistage ou en cas d'urgence médicale.

Personal Information Renseignements personnels

Family name – Nom

Name – Prénom

Address – Adresse

City – Ville

Province

DJ / MM / YYAA

D.O.B. - Date de naissance

Male Homme

Gender – Sexe

Postal code - Code postal

() -

Phone # Téléphone

Female Femme

Age division
Division d'âge

Weight category
Catégorie de poids

Province of registration
Province d'affiliation

Judo Canada

Emergency Contact Personne à contacter en cas d'urgence

Emergency contact name - Nom et prénom

Relationship - Lien de parenté

() -

Home phone # - Téléphone à la maison

() -

Work phone # - Téléphone au travail

Significant injuries or treatments in the last 6 months

Blessures ou traitements importants dans les 6 derniers mois

Details

Détails

Medical Information Renseignements médicaux

Medicare # Assurance maladie

Province

DJ / MM / YYAA

Expiry date d'expiration

Blood type - Type sanguin

N Y - O

Do you wear glasses/contacts?
Portez-vous des lunettes/verres correcteurs?

Medication - Médication

Details

Allergies

Détails

Recent weight loss - Perte de poids récente

Kg

Recent concussion - Commotion récente

Date

DJ / MM / YYAA

Medical History Problèmes médicaux

N Y - O

Head injury - Blessure à la tête

Seizure/Convulsion - Convulsion

Heart problems - Troubles cardiaques

High blood pressure - Haute tension

Blood problems/Bruising - Problèmes sanguins/Echymoses

Asthma - Asthme

Diabète

Menstrual problems - Problèmes menstruels

Abdominal problems - Problèmes abdominaux

Heat/Dehydration

Bouffées de chaleur/Déshydratation

Anaphylaxis - Anaphylaxie

Skin disorders/lesions

Problèmes cutanés/lésions

If yes - Si oui ...

Details

Détails

Athlete signature – Signature de l'athlète

Witness - Témoin

Parent signature (if under 18) – Signature d'un parent (si moins de 18 ans)

Date