



Championnat Canadien U15/U17/U20 2011

Formulaire officiel d'inscription pour tous

(Veuillez retourner tous les formulaires via internet ou par télécopieur au 514-254-5184 avant le 02 juin 2011)
(Les formulaires incomplets vous seront retournés)

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Nom: | <input type="text"/> |
| Prénom: | <input type="text"/> |
| Date de naissance: | <input type="text"/> |
| Numéro d'assurance-maladie: | <input type="text"/> |
| Adresse | <input type="text"/> |
| | <input type="text"/> |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| No de téléphone de l'athlète | <input type="text"/> |
|------------------------------|----------------------|

| | | |
|-------------------------------|----------------------|------------|
| Adresse courriel de l'athlète | <input type="text"/> | Important! |
|-------------------------------|----------------------|------------|

| | |
|--|----------------------|
| Nom des parents en cas d'urgence : | <input type="text"/> |
| No. Téléphone des parents en cas d'urgence | <input type="text"/> |

| | | |
|---------------------------|----------------------|------------|
| No. Passeport Judo Canada | <input type="text"/> | Important! |
| Grade: | <input type="text"/> | |
| Catégorie de poids: | <input type="text"/> | |

| | |
|------|----------------------|
| Dojo | <input type="text"/> |
|------|----------------------|

| | |
|---|------|
| Par la présente je vous confirme ma participation au Championnat canadien énoncé en rubrique. | |
| Signature de l'athlète | Date |
| Signature du parent ou gardien si l'athlète est mineur | Date |
| Nom du parent ou gardien en lettre moulée | |

Formulaire de paiement

1. Options de transport

- a. aller-retour jeudi-lundi : 140\$
- b. aller-retour jeudi-jeudi : 140\$
- c. pas besoin de transport : 0\$

Option choisie : _____

Note : si certaines personnes sont intéressées par le service de transport pour l'aller ou le retour seulement, veuillez le mentionner ici avec précision (aller ou retour et date) et s'il y a de la place dans l'autobus nous pourrions vous accommoder, nous vous contacterons dans la semaine du 6 juin.

2. Options d'hébergement :

- a. 4 nuits pour athlète (4 par chambre): jeudi au lundi : 115\$
- b. 4 nuits pour entraîneur-accompagnateur (2 par chambre) : jeudi au lundi : 230\$
- c. 7 nuits pour athlète (4 par chambre): jeudi au jeudi : 195\$
- d. 7 nuits pour entraîneur-accompagnateur (2 par chambre) : jeudi au jeudi : 390\$
- e. Pas besoin d'hébergement : 0\$

Option choisie : _____

3. Option de banquet :

- a. Besoin de ___ billet x 40\$ = _____

4. Inscription à la compétition (pour athlète seulement), inscrire 70\$ sur la ligne :

5. Inscription au camp d'entraînement (pour athlète seulement), inscrire 35\$ sur la ligne :

6. Survêtement Gill Sports Bleu (XP / P / M / L / XL) 70\$: _____

7. Total : _____

*Note importante : il n'y a aucun frais pour les athlètes sur l'Équipe du Québec, cependant si un athlète de l'Équipe est inscrit à l'autobus ou à l'hébergement et qu'il ne l'utilise pas pour des raisons non-motivées, il devra alors payer pour le service non-utilisé.

**AUTOBUS : Judo Québec organise deux autobus pour monter à Sept-Îles. Les autobus partiront de Montréal, feront un arrêt à Trois-Rivières et un arrêt à Québec. Veuillez noter que les places dans les autobus sont limitées. Réservez votre place dès maintenant!

***HÉBERGEMENT : L'hébergement à l'hôtel est obligatoire pour les athlètes de l'Équipe du Québec à l'exception des athlètes de Sept-Îles et de Port-Cartier.

CHAMPIONNAT CANADIEN U15/U17/U20 2011

Sept-Îles, QC

LES 1, 2 ET 3 JUILLET 2011

OBLIGATIONS DES ATHLÈTES

A - L'ATHLÈTE DOIT :

- 1 - Respecter le code d'éthique et la charte de l'esprit sportif
 - Respecter et promouvoir l'image d'excellence de Judo Québec.
 - Reconnaître que le gérant de l'équipe, son adjoint et les entraîneurs sont les dirigeants délégués par Judo Québec pour tout ce qui concerne l'équipe.
 - Respecter les adversaires, les coéquipiers, les arbitres, les officiels, les entraîneurs, les accompagnateurs et toutes autres personnes.
 - Donner le meilleur de soi-même.
 - Assumer ses responsabilités.
- 2 - Adopter un comportement exemplaire et socialement accepté.
- 3 - Participer aux réunions convoquées par le gérant de l'équipe ou son adjoint. Être ponctuel à ces réunions.
- 4 - Respecter le couvre-feu.
- 5 - Participer aux cérémonies protocolaires.
- 6 - S'informer des substances prohibées avant de prendre un médicament.
- 7 - Avoir une tenue vestimentaire propre et convenable (selon les activités, les lieux et les circonstances).
- 8 - Porter le survêtement d'équipe de Judo Québec lorsque nécessaire.

| |
|---|
| 9 - S'abstenir d'être en état d'ébriété ou sous l'influence de toutes drogues. Il est strictement interdit aux athlètes mineurs (selon l'âge légal, si cet âge est plus élevé qu'au Québec, de la province où se tient le championnat) de consommer des boissons alcooliques. |
|---|

B - UN(E) ATHLÈTE QUI NE RESPECTE PAS UNE DES OBLIGATIONS MENTIONNÉES, CI-DESSUS, POURRA SE VOIR IMPOSER UNE OU PLUSIEURS DES SANCTIONS SUIVANTES :

1 - Par le Comité d'excellence :

- Une réprimande versée au dossier de l'athlète (une troisième réprimande entraînera automatiquement une des sanctions ci-dessous).
- Le retrait de l'athlète du tournoi.
- La non-sélection de l'athlète pour un ou plusieurs tournois internationaux.
- La non-sélection de l'athlète pour un ou plusieurs championnats canadiens.
- Le retrait d'une aide financière.
- Le retrait de l'athlète de la liste des athlètes identifiés excellence, élite ou relève.

2 - Par le Comité d'éthique :

- Une réprimande versée au dossier du contrevenant.
- Une amende.
- L'interdiction de participer à toute activité organisée par Judo Québec, ses conseils de zone et les dojos qui lui sont affiliés pour une période déterminée par le Comité.

C - NON-RESPECT DES LIMITES DE LA CATÉGORIE DE POIDS

Si un athlète membre de l'équipe provinciale ne respecte pas les limites de sa catégorie de poids et se voit donc refuser l'autorisation de participer au championnat canadien, il devra rembourser le montant de la subvention qui lui a été accordée.

D - POUR ÊTRE INSCRIT AU CHAMPIONNAT CANADIEN U15/U17/U20, UN(E) ATHLÈTE DOIT OBLIGATOIREMENT SIGNER CE DOCUMENT. LA SIGNATURE DU PÈRE OU DE LA MÈRE EST REQUISE POUR UN(E) ATHLÈTE MINEUR(E) ET LE RETOURNER, AU BUREAU DE JUDO QUÉBEC, **AU PLUS TARD LE 2 JUIN 2011.**

| | |
|---|---|
| L'ATHLÈTE : _____ (Nom en lettres moulées) | LE PARENT : Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> |
| _____ (Signature) | _____ (Nom en lettres moulées) |
| Date : ____ / ____ / ____ | _____ (Signature) |
| | Date : ____ / ____ / ____ |

N.B. Faire une photocopie, à être conservée par chacun des athlètes sélectionnés ou substitués.

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 au Championnat Canadien de Judo U15/U17/U20 2011 (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 l'association canadienne de ceinture noire Kodokan (Judo Canada), les organisateurs de cet événement, leurs dirigeants, cadres, directeurs, officiels, agents, employés de bureau et représentants respectifs (ci-après nommés "les renoncataires") 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 renoncataires 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.

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/de la participant(e)

Témoin

Signature du/de la participant(e)

Date

Témoin

Signature d'un parent/tuteur

Date



FICHE DE SOMMAIRE MÉDICALE

Ce formulaire sera utilisé en cas d'urgence médicale

| | |
|--|--|
| Nom _____ | Contact en cas d'urgence |
| Prénom : _____ | Nom : _____ |
| Adresse : _____ | Tél. dom. :() - |
| Ville : _____ | Tél. tra. :() - |
| Province : _____ Code Postal : _____ | Ville : _____ |
| Date de naissance : _____ | Lien de parenté : _____ |
| Homme : <input type="checkbox"/> Femme : <input type="checkbox"/> Groupe sanguin : _____ | Lunettes/Verres de contact O : <input type="checkbox"/> N : <input type="checkbox"/> |
| Catégorie d'âge : U15 <input type="checkbox"/> U17 <input type="checkbox"/> U20 : <input type="checkbox"/> | Catégorie de poids : _____ |
| Ass.-maladie : _____ | Province d'inscription : _____ |
| Médicamentation : Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Si oui, spécifiez : _____ | |
| Allergie : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, spécifié : _____ | |
| Perte de poids récente : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Si oui, combien : _____ kg depuis quand : _____ | |
| Commotion récente ; Oui : <input type="checkbox"/> Non : <input type="checkbox"/> Si oui, DATE ___/___/___ Niveau _____ | |
| Récemment avez-vous éprouvé des malaises ou des sensations curieuses après avoir cogné votre tête ? | |
| Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> | |
| Si oui, décrire SVP : _____ | |

Problèmes médicaux : Indiquez Oui ou Non

| | | | |
|------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Blessure à la tête | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Asthme : | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Convulsion | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Diabète | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Troubles cardiaques | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Problèmes menstruels | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Haute tension | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Problèmes abdominaux | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Problèmes sanguins/ecchymose | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> | Bouffée de chaleur/Déshydratation | O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> |
| Détails : | | | |

Blessures importantes / Traitements durant les 6 derniers mois

Signature de l'athlète : _____ Date : _____

Témoïn : _____ Signature : _____ pour mineur

**LE COMITÉ MÉDICAL DE JUDO CANADA RECOMMANDE QUE TOUS LES ATHLÈTES UTILISENT
UN PROTÈGE BUCCAL SYNTHÉTIQUE DE QUALITÉ DURANT LA COMPÉTITION ET AUTRES
FORMES D'ENTRAÎNEMENT**