



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET FORMULAIRE DE RENONCIATION

INSTRUCTIONS :

Tous les compétiteurs en karaté doivent soumettre les documents suivants afin d'être admissibles à participer à toute compétition de Karaté Canada, et plus spécifiquement aux Championnats nationaux de 2019:

1. Décharge de responsabilité et Formulaire de renonciation
2. Un rapport médical comprenant 3 parties :
 - Partie A - Questionnaire sur les antécédents médicaux : à remplir par tous les compétiteurs
 - Partie B - Formulaire d'examen médical* : à remplir par un médecin autorisé **seulement si vous avez répondu « oui » à une question ou plus de la partie A**
 - Partie C - Formulaire médical pour para-athlètes : à remplir par les athlètes para et un médecin autorisé

* Une note d'un médecin, datant de moins de 6 mois, indiquant que l'athlète est apte à participer à la compétition peut être acceptée comme substitution à la partie B, à condition que l'athlète n'ait subi aucune autre blessure suite à la rédaction de la note.

Tous les rapports médicaux doivent être soumis à Karaté Canada par les Organismes Provinciaux du Sport (OPS) au plus tard le 9 janvier 2019. Karaté Canada et/ou le médecin/personnel médical du tournoi réviseront les formulaires et contacteront les OPS/athlètes au besoin. Le médecin/personnel médical du tournoi devra déterminer, à sa discrétion absolue, si un compétiteur est apte ou non à concourir sur le plan médical.

TOUS LES COMPÉTITEURS SONT PRIÉS DE NOTER QUE :

1. Les compétiteurs ne doivent porter un bandage, rembourrage ou support dans les matchs de kumité à moins d'avoir l'approbation préalable de l'arbitre, accordée en consultation avec le médecin du tournoi.
2. Un compétiteur blessé pendant un match et déclaré inapte à combattre par le médecin du tournoi ne sera pas admissible à poursuivre la compétition.
3. Tous les ongles des doigts et des orteils doivent être gardés courts.
4. Les compétiteurs ne peuvent porter aucun objet métallique ou autre pouvant blesser leurs adversaires.
5. Nous conseillons aux compétiteurs de consulter leur médecin de famille après une compétition pour faire le suivi de toute blessure subie durant la compétition.
Note : La gravité de certaines blessures se révèle parfois ultérieurement, par exemple les blessures abdominales ou les traumatismes crâniens.

ATTESTATION :

JE CONVIENS qu'en signant ce document :

1. Je m'inscris de mon propre gré et je participe volontairement aux compétitions de Karaté Canada et aux Championnats nationaux 2019.



2. Je suis physiquement, émotionnellement et mentalement apte à participer aux compétitions de Karaté Canada et aux Championnats nationaux 2019.
3. J'ai expressément divulgué les maladies, blessures, malaises, symptômes et troubles médicaux de toutes sortes subis conformément aux exigences du rapport médical.
4. J'accepte de consulter mon médecin habituel si cet examen est requis par le médecin du tournoi.
5. J'accepte que ma participation comporte des risques, tel qu'ils sont indiqués dans le formulaire de renonciation, et je serai exposé à ces risques et dangers.
6. Je conviens **d'accepter tous ces risques et dangers** et d'assumer la responsabilité pour toute blessure ou perte subie en participant à une compétition de Karaté Canada et aux Championnats nationaux 2019.
7. En participant aux activités de Karaté Canada, je consens à ce que les photos ou des images vidéos sur lesquelles j'apparais et qui sont prises durant une activité fassent partie de tout matériel éditorial utilisé pour les activités promotionnelles, le site Web et les vidéos souvenirs de Karaté Canada. J'accepte également que Karaté Canada utilise tout photomontage dans lequel j'apparais pour la télévision.
8. J'ai lu la présente décharge de responsabilité et formulaire de renonciation et j'en comprends les modalités.

J'ai lu et compris les conditions de la présente entente, et en la signant volontairement, j'accepte d'en respecter les conditions.

SIGNÉ ce _____ jour de _____ 20__ __ .

COMPÉTITEUR DU TOURNOI

Nom du compétiteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du compétiteur

Nom du parent ou tuteur si le compétiteur
est âgé de moins de 18 ans

Signature du parent ou tuteur

INSTRUCTEUR CEINTURE NOIRE

Nom de l'instructeur ceinture noire
(en caractères d'imprimerie)

Signature de l'instructeur ceinture noire



DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ ET FORMULAIRE DE RENONCIATION (SUITE)

ATTENTION

En signant ce document, vous renoncez à certains droits, dont le droit d'intenter des poursuites. À lire attentivement.

Ceci est un accord juridique. À titre de participant aux programmes, activités et événements de Karaté Canada, je reconnais et j'accepte les modalités suivantes :

EXONÉRATION DE RESPONSABILITÉ

Karaté Canada, son conseil d'administration, sa direction, ses membres, ses employés, ses entraîneurs, ses participants, ses agents, le propriétaire et exploitant du site, ses représentants (sous l'appellation collective « l'Organisation ») ne sont pas responsables des blessures, dommages ou pertes subies par un participant durant la pratique du karate ou résultant de sa participation à une compétition, un programme, une activité ou un événement causés de quelque façon que ce soit incluant, mais sans s'y limiter, par la négligence de l'Organisation.

DESCRIPTIONS DES RISQUES

En considération de ma participation aux programmes, activités et événements de l'Organisation, je reconnais par la présente que je suis conscient des risques et des dangers associés ou liés aux compétitions, programmes, activités et événements. Les risques et dangers comprennent, mais sans s'y limiter, les blessures causées par :

- a) Le contact physique avec d'autres participants;
- b) Les coups portés aux participants et objets avec les parties du corps;
- c) Les contacts, les collisions ou les coups portés par d'autres participants;
- d) Les culbutes, les chutes et les projections au sol;
- e) L'exécution de techniques ardues et exigeantes;
- f) L'effort physique vigoureux, les exercices cardiovasculaires intenses, les mouvements rapides, les rotations rapides du corps et les arrêts soudains;
- g) Les efforts et étirements de différents groupes musculaires;
- h) Les chutes dues aux surfaces inégales et irrégulières;
- i) L'utilisation inadéquate ou le bris d'un équipement;
- j) Les traumatismes médullaires pouvant entraîner une paralysie permanente;
- k) Les déplacements pour se rendre aux compétitions et aux événements hors compétition qui sont partie intégrante des activités de l'Organisation.

JE SUIS ÉGALEMENT CONSCIENT QUE :

- a) Les blessures subies peuvent être graves;
- b) Je peux ressentir de l'anxiété lorsque je repousse mes limites pendant les compétitions, les activités, les événements et les programmes;



- c) Le risque de blessure diminue si j'observe tous les règlements;
- d) Le risque de blessure s'accroît avec la fatigue.

DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ

En considération du droit de participation qui m'est conféré par l'Organisation, je consens à :

- a) Faire examiner ma condition physique par un médecin;
- b) Assumer tous les risques inhérents, associés ou reliés à ma participation;
- c) Être l'unique responsable des blessures, pertes ou dommages que je pourrais subir en participant;
- d) Décharger l'Organisation de la responsabilité relative à toutes réclamations, demandes, poursuites et coûts pouvant découler de ma participation, même si ces risques, blessures, pertes, dommages, réclamations, demandes, poursuites et coûts ont été causés par la négligence de l'Organisation.

ATTESTATION

Je reconnais que j'ai lu le présent accord, que je l'ai signé de mon propre gré et qu'il me lie, ainsi que mes héritiers, mes exécuteurs, mes administrateurs et mes représentants.

SIGNÉ ce _____ jour de _____ 20__.

COMPÉTITEUR DU TOURNOI

Nom du compétiteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du compétiteur

Nom du parent ou tuteur si le compétiteur
est âgé de moins de 18 ans

Signature du parent ou tuteur



PARTIE A – QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Obligatoire pour tous les compétiteurs. Les formulaires incomplets seront refusés.

Athlète :

Nom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : M F
Adresse : _____

Club : _____

Niveau : _____

Personne à contacter en cas d'urgence :

Nom : _____
Numéro de téléphone : _____
Nom et numéro du régime d'assurance-maladie (obligatoire) : _____

Cochez oui si le problème/la condition nécessite une attention médicale

	Oui	Non
1. Souffrez-vous de problèmes aux oreilles, au nez ou à la gorge?		
2. Souffrez-vous d'étourdissements, d'évanouissements ou d'épilepsie?		
3. Souffrez-vous d'une infection pulmonaire (incluant la tuberculose)?		
4. Souffrez-vous d'asthme? Utilisez-vous une pompe?		
5. Souffrez-vous de néphropathie, d'infection ou d'insuffisance rénale?		
6. Avez-vous subi la perte totale ou partielle d'un membre?		
7. Avez-vous une mobilité réduite dans un membre, une articulation ou à la colonne vertébrale?		
8. Souffrez-vous d'une maladie musculaire ou articulaire?		
9. Avez-vous subi une fracture ou une chirurgie orthopédique (dans les six derniers mois)? Si oui, veuillez donner des explications dans la section « Autre ».		
10. Souffrez-vous de diabète? Si oui, quel type : _____		
11. Souffrez-vous d'une maladie cardiaque ou d'hypertension artérielle?		
12. Prenez-vous des médicaments interdits et /ou des médicaments qui pourraient affecter votre performance? (donnez la liste ci-bas) Consultez la section médicale du site internet de Karaté Canada pour voir la liste des substances interdites en 2019.		
13. Souffrez-vous d'allergies ou de réactions anaphylactiques qui pourraient affecter votre performance?		



Cochez oui si le problème/la condition nécessite une attention médicale

	Oui	Non
14. Avez-vous subi une blessure à la tête (commotion cérébrale) au cours des six derniers mois? Si oui,		
-quand avez-vous été autorisé à revenir à l'entraînement? Date :		
-avez-vous toujours des symptômes?		
-êtes-vous de retour au même niveau d'entraînement qu'avant la commotion cérébrale?		
15. Souffrez-vous d'une autre maladie ou d'un autre handicap? Si oui, veuillez donner des explications dans la section « Autre ».		

MÉDICAMENTS. Donnez la liste s'il y a lieu : _____

AUTRE (y compris les fractures, chirurgies orthopédiques, maladies ou handicaps absents de la liste ci-dessus, s'il y a lieu) : _____

Je déclare par la présente avoir lu les renseignements qui précèdent et qu'ils sont, autant que je sache, exacts et complets.

SIGNÉ ce _____ jour de _____ 20__ .

COMPÉTITEUR DU TOURNOI

Nom du compétiteur (en caractères d'imprimerie)

Signature du compétiteur

Nom du parent ou tuteur si le compétiteur
est âgé de moins de 18 ans

Signature du parent ou tuteur



PARTIE B – FORMULAIRE D’EXAMEN MÉDICAL

À être remplie par le médecin examinateur.

Nom : _____

Poids exact : _____

Grandeur exacte : _____

	Normal	Anormal	Détails des résultats positifs
1. Yeux (paupières, conjonctive, cornée, pupilles, sclérotique)			
2. Oreilles (conduits auditifs, membranes tympaniques, perméabilité des trompes d’Eustache)			
3. Nez, gorge (voies aériennes, empêchement de la parole, amygdales, etc.)			
4. Appareil Respiratoire (Thorax, tissus pulmonaires)			
5. Appareil Cardiovasculaire (Dimensions du cœur, rythme, bruits, souffles: flux sanguin périphérique et varicosités)			
6. Appareil gastro-intestinal (cicatrice abdominale, organes dilatés ou hernie, hémorroïdes)			
7. Appareil génito-urinaire (Varicocèle, hydrocèle, particulièrement avec hernie)			
8. Appareil locomoteur (amputations, malformations, mouvements restreints des membres ou de la colonne vertébrale)			
9. Système Nerveux (réflexes tendineux, tremblements, démarche)			
10. Système Lymphatique et thyroïde			
11. Épiderme (incluant des traces d’allergie)			
12. Lecture de la tension artérielle	1 ^o	Additionnelle	
	s.		
	d.		
13. Pouls			
14. Diabète (si applicable) Comment est-il géré?			



EXAMEN DE LA VUE

	A) Vision de loin	B) Vision de près
Oeil droit	Corrigé à _____	Corrigé à _____
Oeil gauche	Corrigé à _____	Corrigé à _____
Deux yeux	Corrigé à _____	Corrigé à _____

Opinion du médecin examinateur :

L'élève de Karaté susmentionné est médicalement apte / inapte à la participation à l'entraînement hors compétition et à la compétition.

Nom du médecin (en caractères d'imprimerie)

Signature du médecin

Date



PARTIE C - FORMULAIRE MÉDICAL POUR PARA-ATHLÈTES

À être remplie par le compétiteur para et un médecin.

RENSEIGNEMENTS PERSONELS DE L'ATHLÈTE

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province: _____

Code postal : _____

Tél. domicile : _____ Tél. cellulaire : _____

Sex: Masculin Féminin

Date de naissance: _____ (jj-mm-aaaa) Âge: _____

Parents/tuteur/aidant de l'athlète (si dépendant)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Tél. domicile : _____ Tél. cellulaire : _____

Courriel : _____

Personne à joindre en cas d'urgence (si différent du parent/tuteur/aidant)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Tél. domicile : _____ Tél. cellulaire : _____

Lien : _____

Signature du compétiteur

Date

Signature du parent ou tuteur si le compétiteur
est âgé de moins de 18 ans

Date

INFORMATION SUR DÉFICIENCE/HANDICAP (à être remplie par un médecin)

Code(s) de déficience/handicap selon la Classification internationale des maladies (CIM):

Si pertinent, joindre la documentation du gouvernement du code du handicap.

Veuillez fournir une description du handicap de l'athlète afin d'aider à le catégoriser : _____



Énumérez toutes informations médicales et de service qui aidera les organisateurs du tournoi à rendre l'environnement sûr pour l'athlète: _____

Nom du médecin: _____

Téléphone: _____

Signature du médecin

Date