

DEMANDE DE PERMIS POUR SPORT DE COMBAT

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Concurrent amateur | <input type="checkbox"/> Concurrent professionnel | <input type="checkbox"/> Arbitre (matches amateurs) |
| <input type="checkbox"/> Arbitre (matches professionnels) | <input type="checkbox"/> Chronométrateur | <input type="checkbox"/> Promoteur |
| <input type="checkbox"/> Juge | <input type="checkbox"/> Superviseur de salle | <input type="checkbox"/> Juge de coin |

Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

À REMPLIR PAR TOUS LES DEMANDEURS DE PERMIS

Nom de famille		Âge	Date de naissance (aaaa/mm/jj)
Prénom			
Local/Bureau/App.	Numéro	Rue	
Ville/Village/Municipalité			
Code postal	Numéro de téléphone		
Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse? Si moins de trois ans, indiquez votre ou vos adresses des trois dernières années			
Profession et employeur			
Personne à contacter en cas d'urgence			
Relations		Numéro de téléphone (inclure l'indicatif régional)	
Courriel			
Détenez-vous ou avez-vous déjà détenu un permis valide relatif aux sports de combat (boxe, arts martiaux mixtes, kickboxing, etc.) dans une autre province, un autre territoire ou un autre État?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », préciser ci-dessous.			
Nom de l'autorité émettrice			

Coordonnées de l'autorité émettrice		Téléphone	Courriel
Type de permis	Numéro de permis		Date d'expiration (aaaa/mm/jj)
Avez-vous déjà fait l'objet de mesures disciplinaires d'une autorité de sports de combat?			Date (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », préciser ci-dessous.			
Autorité			
Allégation			
Résultat			
Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'un acte criminel dans toute province, tout territoire ou tout État?			Date (aaaa/mm/jj)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », préciser ci-dessous.			
Infraction			
Résultat			
REEMPLIR POUR UN PERMIS DE CONCURRENT SEULEMENT			
Nom de combattant			
Hauteur	Poids actuel	Couleur des yeux	Couleur naturelle des cheveux
Êtes-vous actuellement membre d'un club, d'un gymnase ou d'une organisation de sport de combat (boxe, arts martiaux mixtes, kickboxing, etc.)?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « oui », préciser ci-dessous.			
Nom du ou des clubs, gymnases ou organisations		Adresse(s)	
Pour quels sports de combat souhaitez-vous obtenir un permis?			
<input type="checkbox"/> Arts martiaux mixtes	<input type="checkbox"/> Boxe	<input type="checkbox"/> Kickboxing	<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser)
Depuis combien d'années participez-vous à des compétitions de sport de combat?			
Indiquez les attestations ou prix reçus :			

Indiquez votre fiche de combat en tant qu'amateur :	Sport	Gagné / Perdu / Match nul
Indiquez votre fiche de combat en tant que professionnel :	Sport	Gagné / Perdu / Match nul

Date et emplacement de chaque combat tenu au cours des 12 derniers mois. (Inclure les combats hors-concours, en commençant par le plus récent.)
(Si l'espace est insuffisant, joindre une liste.)

Date (aaaa/mm/jj)	Emplacement
Date (aaaa/mm/jj)	Emplacement
Date (aaaa/mm/jj)	Emplacement
Date (aaaa/mm/jj)	Emplacement

Avez-vous déjà souffert d'une commotion cérébrale? Veuillez indiquer la plus récente et son degré de gravité.

Date des défaites par K.-O. technique ou K.O. (aaaa/mm/jj)	Emplacement des défaites par K.-O. technique ou K.-O. (aaaa/mm/jj)
--	--

Détenez-vous des intérêts financiers dans toute entreprise qui fait la promotion des sports de combat, dans cette province ou ailleurs?

Oui Non Si « oui », veuillez préciser :

Est-ce qu'un promoteur ou une entreprise a des intérêts financiers relativement à vos gains en tant que combattant?

Si Non Si « oui », veuillez préciser :

Date du dernier examen médical (aaaa/mm/jj)	Nom du médecin
---	----------------

Adresse du médecin

Indiquez les blessures ou maladies depuis votre dernier examen médical

J'autorise par la présente la Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick ou son représentant à consulter mes dossiers médicaux. De plus, je consens à me soumettre sur demande à des analyses de sang et d'urine ainsi qu'à tout examen médical ou toute évaluation neurologique ou psychométrique requise en lien avec la présente demande de permis et avec toute compétition durant la période de validité de mon permis.

Pièces jointes requises : 2 photos couleur format passeport (50 mm x 70 mm)

Signature du demandeur	Date (aaaa/mm/jj)
------------------------	-------------------

REEMPLIR POUR UN PERMIS D'OFFICIEL SEULEMENT

Veuillez cocher les sports pour lesquels vous souhaitez obtenir un permis d'officiel :

Arts martiaux mixtes Boxe Kickboxing Autre (veuillez préciser)

Veuillez indiquer ci-dessous votre expérience en tant qu'officiel et concurrent en sports de combat (boxe, arts martiaux mixtes, karaté, etc.).

Officiel :

Concurrent :

Indiquez la date, le sujet d'étude et l'emplacement des cours, séances de formation, etc., auxquels vous avez assisté en lien avec les fonctions d'officiel.

Date (aaaa/mm/jj)	Sujet d'étude	Emplacement
Date (aaaa/mm/jj)	Sujet d'étude	Emplacement
Date (aaaa/mm/jj)	Sujet d'étude	Emplacement
Date du dernier examen médical	Nom du médecin	Adresse du médecin

J'autorise par la présente la Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick ou son représentant à consulter mes dossiers médicaux, et je consens à me soumettre à tout examen médical en lien avec la présente demande ou durant la période de validité de tout permis délivré à la suite de celle-ci, à la discrétion de la Commission ou de ses représentants.

Je déclare que je n'assisterai à aucun événement sous l'influence d'une substance susceptible de nuire à mon jugement dans l'exécution de mes fonctions d'officiel.

Signature du demandeur

Date (aaaa/mm/jj)

Pièce jointe requise : Rapport d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste

REPLIR POUR UN PERMIS DE PROMOTEUR SEULEMENT

Si le demandeur est une entreprise, donner son nom légal :

Adresse professionnelle et adresse du siège social, si différente : Local/Bureau/App.

Numéro et rue

Ville/Village/Municipalité :

Code postal :

Numéro de téléphone d'affaires :

Si l'entreprise est constituée en société dans la province, vous devez inclure une copie de votre certificat de constitution ou de vos lettres patentes. Si elle est enregistrée à l'extérieur du Nouveau-Brunswick, une copie du certificat d'enregistrement est nécessaire.

Si le demandeur n'est pas constitué en société, il doit indiquer tout nom légal et nom d'exploitant, la province, le territoire ou l'État dans lequel il est enregistré, ainsi que son adresse postale.

Signature du demandeur	Date (aaaa/mm/jj)
------------------------	-------------------

À REMPLIR PAR TOUS LES DEMANDEURS DE PERMIS

Les renseignements personnels que vous nous fournissez servent à répondre à votre demande et seront utilisés exclusivement à cette fin. Vos coordonnées ne seront ajoutées à aucune liste de diffusion et vos renseignements ne seront transmis à aucun tiers, sauf dans la mesure où l'autorise la loi. Ces renseignements sont recueillis conformément à la partie 3 du projet de loi 89 de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*.

J'autorise par la présente la Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick ou son représentant à transmettre tout renseignement contenu dans la présente demande, ou dans tout document devant être soumis avec celle-ci, à toute autorité concernée par la réglementation des sports de combat. Je reconnais également que tout renseignement faux, inexact ou incomplet fourni dans cette demande pourrait entraîner à tout moment l'annulation d'un permis ou le refus d'en délivrer un.

Je consens de plus à respecter le Code de conduite établi par la Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick.

Signature du demandeur	Date (aaaa/mm/jj)
------------------------	-------------------

Veillez soumettre votre demande à l'adresse suivante :
a/s Commission des sports de combat du Nouveau-Brunswick
Place-2000, 250, rue King
C.P. 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick) E3B 5H1