



GYMNASTICS CANADA GYMNASTIQUE

WAIVER FORM Elite Canada 2004

December 8-12, 2004

In consideration of your acceptance of my participation I, intending to be legally bound, do hereby, for myself, my heirs, executors and administrators waive and release and forever discharge any and all rights and claims for losses, damages and / or injuries which I may have or may hereafter accrue to me against the Canadian Gymnastics Federation, the Organizers or their respective officers, agents, representatives and/or assigns for any and all losses, damages and injuries which may be sustained and suffered by me in connection with my association with or entry in the above athletic meet or which may arise out of my travelling to or participating in and returning from said athletic meet.

En retour de l'acceptation de ma participation, je, pour ma part, et pour mes héritiers, exécuteurs testamentaires, administrateurs et ayants droit, libère la Fédération Canadienne de gymnastique, les organisateurs ou leurs officiers, leurs agents, leur représentants respectifs et renonce à tout droit, réclamation, demande ou poursuite, découlant de pertes, blessures ou dommages subis durant, ou suite à ma participation à cet événement ainsi qu'aux voyages et déplacements à l'aller et au retour reliés à cet événement.

Participant's signature du participant

Date

Parent or Guardian (if under 18)
Parent ou tuteur (si moins de 18)

Date



**Alberta Gymnastics Federation
Gymnastics Canada Gymnastique**

**2004 Men's Elite Canada
December 8-12, 2004
Calgary, AB**

Athlete Profile/ Profil de l'athlète

Name/Nom: _____

Birth Date/Date de naissance: _____

Birth Place/Lieu de naissance: _____

Residence (city)/Résidence (ville): _____

Club: _____

Coach(es)/Entraîneurs: _____

Category/Catégorie: _____

Competition Results and Awards/ Résultats en compétition

Date	Event/Événement	Result/ Résultats
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Please complete and ensure that this form is received with your registration form by **November 23, 2004**. Your own club profile forms are also acceptable. All forms must be sent to Gymnastics Canada.



GYMNASTICS CANADA GYMNASTIQUE

2004 Men's Elite Canada
December 8-12, 2004
Calgary, Alberta

CONSENTEMENT ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX MEDICAL CONSENT AND INFORMATION

Nom/Name: _____ Club: _____

Adresse/Address: _____

_____ P.C./C.P. _____

Parent ou tuteur légal si moins de 18 ans/Parent or Legal Guardian if under 18 yrs.:

Nom/Name: _____ Rés/Res: () _____

Trav/Bus: () _____ Fax/Fax: () _____

Nom/Name: _____ Rés/Res: () _____

Trav/Bus: () _____ Fax/Fax: () _____

Téléphone si urgence/Emergency Telephone: _____ Tél/Tel: () _____ Fax: () _____

Nom en lettres carrées/Name in block letters: _____

Je, _____ donne ma permission pour des traitements médicaux ou chirurgicaux d'urgence déterminés et administrés par des médecins canadiens ou locaux à _____ qui est mon fils.

I, _____ give my permission for emergency medical/surgical care to be given by Canadian Physicians or by local practitioners as they see fit to select to _____ who is my son.

Je comprends que, lorsque c'est possible, je serai contacté et informé du problème, du diagnostic, du traitement requis et des résultats escomptés.

It is understood that wherever possible I shall be contacted, informed of the problem, diagnosis, treatment required and the hoped for results.

PARENT OU TUTEUR LÉgal _____ TÉMOIN _____

PARENT OR LEGAL GUARDIAN _____ WITNESS _____

Signé/ Signed: _____ Signé/ Signed: _____

Date: _____ Date: _____

Lien/ Relationship: _____

MÉDECIN FAMILIAL/FAMILY PHYSICIAN

NOM/ NAME: _____

ADRESSE/ ADDRESS: _____

_____ P.C./C.P.

TÉL/TELEPHONE #: (_____) _____ FAX #: (_____) _____

ALERTE MÉDICALE/MEDICAL ALERT

NAS/HIN: _____

GROUPE SANGUIN/BLOOD TYPE: _____

ASTHME/ALLERGIES: _____

ASTHME/ASTHMA: _____

LENTILLES/CONTACTS: _____

COEUR ANORMAL/ABNORMAL HEART: _____

DIABETE/DIABETES: _____

MALADIE ACTUELLE/CURRENT ILLNESS: _____

EPILEPSIE/EPILEPSY: _____

FIÈVRE RHUMATISMALE/RHEUMATIC FEVER: _____

BLESSURE/CHIRURGIES RÉCENTES (1 AN) / RECENT INJURIES/SURGERIES (1 YEAR): _____

COMMOTION RÉCENTE/RECENT CONCUSSION: _____

MÉDICAMENTS ACTUELS/CURRENT MEDICATIONS: _____

Please return this form with your registration to the Gymnastics Canada office
no later than **November 23, 2004.**