



**New Brunswick
Combat Sport Commission**

**La Commission des sports de
combat du Nouveau-Brunswick**

DEMANDE DE PERMIS POUR LES REPRÉSENTANTS

Arbitre

Chronométrateur

Juge

Nom			Âge	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Prénom				
Unité/bureau/apt.	Numéro municipal		Nom de rue	
Ville/municipalité				
Code postal		Numéro de téléphone		
Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse? Si cela fait moins de trois ans, énumérez vos adresses des trois dernières années.				
Emploi et employeur				
Personne à contacter en cas d'urgence				
Lien avec le requérant			Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	

Adresse électronique		
Êtes-vous titulaire ou avez-vous déjà été titulaire d'un permis valide lié à un sport de combat (boxe, arts martiaux mixtes, kickboxing, etc.) dans un autre territoire de compétence?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, fournissez des détails ci-dessous.		
Nom de l'autorité compétente		
Personne-ressource de l'autorité compétente	Téléphone	Adresse électronique
Type de permis	Numéro de permis	Date d'expiration (AAAA/MM/JJ)
Avez-vous déjà fait l'objet de mesures disciplinaires par une autorité régissant les sports de combat?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, fournissez des détails ci-dessous.		
Date (AAAA/MM/JJ)		
Autorité		
Allégation		
Résultat		
Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle dans un territoire de compétence?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, fournissez des détails ci-dessous.		
Date (AAAA/MM/JJ)		
Infraction		
Résultat		

Veillez cocher les sports pour lesquels vous voulez obtenir un permis de représentant :

Arts martiaux mixtes Boxe Kickboxing Autre (énumérez)

Veillez énumérer ci-dessous votre expérience en tant que représentant et en tant que combattant dans les sports de combat (boxe, arts martiaux mixtes, karaté, etc.).

Représentant :

Combattant :

Indiquez la date, la matière d'étude et l'emplacement des cours, des ateliers, etc. liés aux tâches d'un représentant que vous avez suivis.

Date (AAAA/MM/JJ)	Matière d'étude	Emplacement
-------------------	-----------------	-------------

Date (AAAA/MM/JJ)	Matière d'étude	Emplacement
-------------------	-----------------	-------------

Date (AAAA/MM/JJ)	Matière d'étude	Emplacement
-------------------	-----------------	-------------

Date du dernier examen médical	Nom du médecin	Adresse du médecin
--------------------------------	----------------	--------------------

Pièce jointe requise : Rapport d'un optométriste ou d'un ophtalmologiste pour le juge et l'arbitre seulement.

Les renseignements personnels que vous nous avez fournis serviront uniquement à répondre à votre demande de renseignements. Nous n'inscrirons pas votre nom sur une liste d'envoi et ne divulguerons pas les renseignements vous concernant à une tierce partie, sauf dans les cas prévus par la loi. Ces renseignements sont recueillis conformément à la Partie 3 de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée* (projet de loi 89).

Par la présente, j'autorise la Commission des sports de combat du N.-B. ou ses représentants à avoir accès à mon dossier médical, et j'accepte de me soumettre à tout examen médical lié à la présente demande ou au cours de la durée d'un permis subséquent à la discrétion de la Commission ou de ses représentants.

J'affirme que je ne participerai pas à un événement sous l'emprise d'une substance qui pourrait nuire à ma capacité de jugement dans l'exercice de mes fonctions officielles.

Par la présente, j'autorise la Commission des sports de combat du N.-B. ou ses représentants à transmettre toute information contenue dans la présente demande ou dans tout document qui doit être déposé avec la présente à toute autorité lié à la réglementation des sports de combat. En outre, je reconnais que toute information incomplète ou inexacte fournie dans la présente demande pourrait entraîner le refus, le retard ou l'annulation d'un permis en tout temps.

Je consens aussi à respecter le code de conduite établi par la Commission des sports de combat du N.-B.

Signature du requérant	Date (AAAA/MM/JJ)
------------------------	-------------------

Veillez soumettre vos demandes à l'adresse suivante :

a/s La Commission des sports de combat du N.-B.

Case postale 8056,

Dieppe (N.-B.) E1A 9M7