



## Final Bulletin

<b><u>Dates:</u></b>	Thursday May 7 <sup>th</sup>	Equipment Set Up Team Arrival Technical Meetings Team Practice	Salon F Holiday Inn Cygnus Gymnastics
	Friday May 8 <sup>th</sup>	Competition	
	Saturday May 9 <sup>th</sup>	Competition	
	<b>Meet Director:</b>	Natelle Tulk	<b>Chief Judges:</b> WAG – Shelly Lefler MAG - Abdel Kader Mecellem
	<b>Floor Marshalls</b>	Bob Godden Nadia Schenk	
	<b>Master of Ceremonies:</b>	Karl Balisch	

**\*\*Provinces are asked to provide arrival dates and time so training can be scheduled on Thursday, May 07, 2009.**

### **Venue:**

Men's and Women's Artistic  
Gymnastics

**Jack Byrne Arena**  
Torbay Road  
St. John's, NL

**p.s. Please note change in venue**

**Equipment:**

Men's and Women's Artistic

Equipment supplied by SA sport /  
Speith Anderson

**Registration:**

Athletes	\$70.00
Coaches/Mangers	\$40.00
Judges	\$25.00
1 Complementary Chef de Mission/Representative per Province	

**\*\* Due April 24, 2009**

**Ground Transportation**

GNL has secured special rates for this event from the following companies. Please quote Eastern Canadian Gymnastics Championship when calling.

**Coach & School Bus Charter**

Parson's & Son's Stephanie Parson [scott.parsons@parsonsandsons.ca](mailto:scott.parsons@parsonsandsons.ca)  
1-877-744-3050 Toll Free  
1-709-744-3300 or 3050

**Car & Van Rental**

Thrifty Pam Driscoll [pamd@thrifty.nf.net](mailto:pamd@thrifty.nf.net) 709-576-4106

Accommodations:

Provinces are responsible for making their own arrangements. Below is the host athlete hotel and the neighboring hotel to accommodate all the coaches and judges. In addition we have provided a list of hotels for parents, family and friends.

**Athlete Host Hotel Accommodation:**

**Holiday Inn**

180 Portugal Cove Road  
St. John's, NL  
A1B 2N2  
1-800-933-0506 or 1709-722-0506  
709-722-9756  
Contact: Patricia Martin  
Email: [pmartin@fortisproperties.com](mailto:pmartin@fortisproperties.com)  
Rate: \$124.00 + tax  
[www.holidayinn.com/stjohnsnl](http://www.holidayinn.com/stjohnsnl)  
Book rooms under Eastern Canadian Championships

Provinces are responsible for making their own hotel arrangements with the host hotel.

**Judge and Coach Accommodation:**

**Battery Hotel**

100 Signal Hill Road  
St. John's, NL  
A1A 1B3  
1-800-563-8181 or 709-576-0040  
Fax: 709-576-6943  
Rate: \$99.00 + taxes  
[www.batteryhotel.com](http://www.batteryhotel.com)  
Book rooms under Eastern Canadian Championships

\*\*\* Transportation to and from venue will be provided for the judges registered at the Battery Hotel\*\*

**Family & Friends:**

Travellers Inn  
199 Kenmount Road  
St. John's, NL  
Toll Free # 1-800-261-5540  
Direct to Hotel: (709) 722-5540  
Rate: \$95.00 + taxes  
[www.travellersinnstjohns.com](http://www.travellersinnstjohns.com)  
Room are under block: Eastern Canadian Gymnastics- Parents

The host committee will be hosting a parent's social at the Travelers Inn on Friday, May 8, 2009. Tickets for this event a complimentary and will be available upon check in at the hotel. Information on this event will be posted on the web at [www.gymnastics.nl.ca](http://www.gymnastics.nl.ca)

**Medical and Waiver Forms:**

Medical and waiver forms are required for all athletes, coaches, judges and delegates. All forms are to be returned with the registration package included in this Bulletin. Cheques are payable to Gymnastics Newfoundland & Labrador.

Deadline for all completed registration packages is **Thursday April 24<sup>th</sup>, 2009.**

**Technical Meeting:**

The Technical meeting will be held at 7:00 p.m. Thursday May 07, 2009 In Salon F at the Holiday Inn.

**Judge and Coach Meals:**

The judges meals (5) will be served in the Community Room located on the second floor on the Jack Byrne Arena. Please indicate on the registration form if any of the judges has food allergies.

There will be a coaches room located main floor of the venue where coaches can avail of fresh SUBWAY sandwiches and snacks, at no charge, throughout the two day event.

**Athlete Meals:**

There will be canteen services available at the venue. As well, GNL will be offering a free shuttle service from the venue to SUBWAY every hour beginning at 11:00 a.m. and continuing until 5:30 p.m. daily

**Athlete Banquet:**

The Athlete Banquet will be held Saturday May 9<sup>th</sup> at the St, Pius Parish Hall. The meal will be a Swiss Chalet quarter chicken dinner with salad Entertainment will be provided. Dinner will be at 7:15 p.m. followed by the entertainment starting at 8:30 until mid-night. Two chaperones per province are requested to attend the entire banquet. Athletes must show their accreditations to enter the banquet.

**Medical Services:**

An Emergency Medical Technician, together with a qualified Physio Therapist will be in attendance during all competitive sessions. An on call Doctor as well as chiropractor will also be available.

**Opening Ceremonies:**

Opening ceremonies will take place immediately preceding the 12:00p.m. session on Friday, May 8. Provinces are asked to select two representatives to participate in this short ceremony

**Spectator Admission Costs:**

	<b>Day Pass</b>	<b>Weekend Pass</b>
Adult	\$10.00	\$15.00
Student (6-16)	\$ 5.00	\$ 8.00
Children under 6	Free	Free

# TENTATIVE SCHEDULE

<b>Friday</b>				
<b>GAF / WAG</b>			<b>GAM / MAG</b>	
<b>8:00-12:00</b>	<b>12:00-4:00</b>	<b>4:00-8:00</b>	<b>12:0- 4:00</b>	<b>4:00-8:00</b>
NOVICE 4 OPEN 4	TYRO 3 TYRO 4	NATIONAL OPEN  PNN ELITE & ASPIRE	3 (13-) 3 (13+)	4 (13-) 4 (13+)
<b>Saturday</b>				
<b>GAF / WAG</b>			<b>GAM / MAG</b>	
<b>7:00-11:00</b>	<b>11:00-2:30</b>	<b>2:30-6:00</b>	<b>11:00-2:30</b>	
OPEN 3	TYRO 5 NOVICE 5 OPEN 5	NOVICE 3	NATIONAL YOUTH NATIONAL OPEN	

**\*\*Schedule will be finalized once registration is completed.**

**EASTERN CANADIAN CHAMPIONSHIPS 2009**  
**PARTICIPANT'S INFORMED CONSENT & WAIVER FORM**  
**(18 years & Over)**  
**PLEASE READ CAREFULLY**

**Risk:**

I, the undersigned understand and acknowledge that traveling to and from and participation in the 2009 Eastern Gymnastics Championships may result in personal injury (including but not limited to: injury to bones, joints, ligaments, muscles, tendons, internal organs, and other aspects of the skeletal system and potential impairment to other aspects of the body, and in rare occurrences, death, complete or partial paralysis, or brain damage) and property damage or loss. I fully understand these risks and hereby agree to participate in the 2009 Eastern Gymnastics Championships voluntarily and at my own risk.

**Rules:** I understand that the rules and regulations are designed for the safety and protection of participants and hereby agree to abide by the rules and regulations set down by the 2009 Eastern Gymnastics Championships Organizing Committee. Media Release: I hereby grant to Gymnastics Newfoundland & Labrador Inc. the right to use, without payment of any fee or charge, any written information (excluding information contained on the Medical Form), photograph, video tape or other visual media of myself taken during the 2009 Eastern Gymnastics Championships for the purpose of media and provincial association promotion of the 2009 Eastern Championships.

**Liability:** In consideration of your acceptance of my entry in the 2009 Eastern Gymnastics Championships, I, intending to be legally bound, agree to RELEASE, SAVE HARMLESS AND INDEMNIFY Gymnastics Newfoundland & Labrador Inc., the Organizers and/or its agents from and against all claims, actions, costs and expenses and demands in respect to death, injury, loss or damage to my person or property where so ever and howsoever caused, arising out of, or in connection with my association with or entry in the above athletic meet or which may arise out of my traveling to or participating in and returning from the said athletic meet. I further agree to HOLD HARMLESS AND INDEMNIFY Gymnastics Newfoundland & Labrador Inc., the Organizers and/or its agents from any and all actions, claims, demands, losses, judgments or costs of any nature to any third party resulting from my association with or entry in the said athletic meet and I agree not to make any claims or take any proceedings against any person, society, corporation or other legal entity who might claim contribution or indemnity from Gymnastics Newfoundland & Labrador Inc., the Organizers and/or its agents in respect of matters which are subject of this Release. I agree that this Release shall bind my heirs, executors, administrators and assigns.

**I confirm that I am of the full age of 18 years, have read, understood and agree to the contents of this Informed Consent Form in its entirety.**

**Participant's Name :** \_\_\_\_\_

**Participant's Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**Witness Name Witness Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**EASTERN CANADIAN CHAMPIONSHIPS 2009  
GYMNASTICS EVENT MEDICAL RECORD & MEDICAL CONSENT FORM FOR  
PARTICIPANTS**

Participant's Name: \_\_\_\_\_ Prov/Terr: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Parent's Telephone: Home: \_\_\_\_\_ Business: \_\_\_\_\_

Emergency Telephone: \_\_\_\_\_

**Participants under 18**

I, \_\_\_\_\_ give permission for emergency medical/surgical care  
(Parent or Guardian)

to be given by Canadian local practitioners / physicians as they see fit to select, to:  
\_\_\_\_\_ who is my son/daughter. It is understood that

(athlete)

wherever possible I shall be contacted, informed of the problem, diagnosis, treatment required and the hoped for result.

Date: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Signed: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

---

---

**MEDICAL INFORMATION FORM**

Name: \_\_\_\_\_ Birth date: Day \_\_\_\_\_ Month \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_

Health Insurance N°: \_\_\_\_\_ Next of Kin: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Phone N°: \_\_\_\_\_

---

---

**MEDICAL ALERT**

Medications currently being taken: \_\_\_\_\_

Blood Type  Contacts  Asthma  Diabetes  Allergies  Epilepsy  Hearing Aid  
 Abnormal Heart  Dentures  Rheumatic Fever

History of Concussion: \_\_\_\_\_

General History: \_\_\_\_\_

Operations: \_\_\_\_\_

Illness: \_\_\_\_\_

Other relevant information: \_\_\_\_\_

Parts Taped: \_\_\_\_\_ Parts Braced \_\_\_\_\_



## CHAMPIONNATS DE L'EST DU CANADA 2009

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT (Moins de 18 ans)

#### VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT S.V.P.

#### Risque :

Je, \_\_\_\_\_ (Nom du parent) accepte que mon enfant \_\_\_\_\_ (Nom de l'enfant)

participe aux Championnats de l'Est du Canada qui se tiendra à St.Jean, Terre-Neuve-et-Labrador en 2009. Je comprends et reconnais que le transport ainsi que la participation de mon enfant aux Championnats de l'Est du Canada 2009 pourrait causer chez ce dernier, des blessures personnelles incluant les exemples suivants, mais n'excluant pas d'autres formes de blessures : blessures aux organes internes, aux os, aux articulations, aux ligaments, aux muscles, aux tendons ainsi qu'à toute autre partie du squelette. Il ou elle pourrait aussi subir d'autres formes de blessures physiques aux corps, et en de rares occasions, la pratique de ce sport peut occasionner la mort, la paralysie complète ou partielle, des dommages au cerveau ainsi que la perte d'autonomie. Je comprends entièrement les risques encourus par la participation de mon enfant aux Championnats de l'Est du Canada 2009 et je donne mon accord à sa participation à cette compétition.

**Règles :** Je comprends que les règlements et les directives sont établis en fonction d'assurer la sûreté, et dans le but de protéger les participants. Je consens donc à informer mon enfant de l'importance de respecter et de se comporter conformément à ces règles et directives mises de l'avant par le comité organisateur en collaboration avec la province hôte des Championnats de l'Est du Canada 2009 et en concordance avec le code d'éthique de cette dite province.

**Information médiatique :** J'autorise la Fédération de Gymnastique de Terre-Neuve-et-Labrador à utiliser sans compensation financière, toutes informations écrites (excluant les informations sur le formulaire médical), photos, vidéo ou tout autre document visuel de mon enfant pour des fins de reproduction médiatique ou de promotion en lien avec les Championnats de l'Est du Canada 2009.

**Je, en tant que parent ou tuteur du participant nommé ci-haut déclare que j'ai lu, compris et accepte dans toute son entièreté chacune des conditions décrites dans ce formulaire de consentement**

**Je, en tant que parent ou tuteur du participant nommé ci-haut, accepte d'assumer toute la responsabilité d'informer mon enfant des risques encourus par elle ou lui en participant à cet événement ainsi que de l'importance du respect des règles et directives.**

Signature de parent / tuteur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature et nom du témoin : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**CHAMPIONNATS DE L'EST DU CANADA 2009**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DU PARTICIPANT**  
**(18 ans et +)**

**VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT S.V.P.**

**Risque :**

Je, soussigné, comprends et reconnais que le transport ainsi que ma participation aux Championnats de l'Est du Canada 2009 pourrait me causer des blessures personnelles incluant les exemples suivants mais n'excluant pas d'autres formes de blessures : blessures aux organes internes, aux os, aux articulations, aux ligaments, aux muscles, aux tendons ainsi qu'à tout autre partie du squelette. Je pourrais aussi subir d'autres blessures physique aux corps et en de rares occasions la pratique de ce sport peut occasionner la mort, la paralysie complète ou partielle, des dommages au cerveau ainsi que la perte d'autonomie. Je comprends entièrement les risques encourus par ma participation aux Championnats de l'Est du Canada 2009 et j'accepte de participer de façon volontaire et à mes propres risques.

**Règle :**

Je comprends que les règlements et les directives sont établis en fonction d'assurer la sûreté et dans le but de protéger les participants. Je consens donc à respecter et à me comporter conformément à ces règles et directives mises de l'avant par le comité organisateur en collaboration avec la province hôte des Championnats de l'Est du Canada 2009 et en concordance avec le code d'éthique de cette dite province.

**Information médiatique :**

J'autorise la Fédération de Gymnastique de Terre-Neuve-et-Labrador à utiliser sans compensation financière, toutes informations écrites (excluant les informations sur le formulaire médical), photos, vidéo ou tout autre document visuel de moi-même pour des fins de reproduction médiatique ou de promotion en lien avec les Championnats de l'Est du Canada 2009.

**Responsabilité :**

Sous condition de votre acceptation de ma participation aux Championnats de l'Est du Canada, Je, sous toute considération légale accepte de ne pas poser d'action ou de réclamation pour des dépenses, des blessures, la mort ou une perte d'autonomie concernant ma personne, contre la Fédération de Gymnastique de Terre-Neuve-et-Labrador, le comité organisateur ainsi que tous ces collaborateurs en lien avec les Championnats de l'Est du Canada 2009. J'accepte du même coup de ne pas poser d'actions ou de réclamations contre toute personne associée à la Fédération de Gymnastique de Terre-Neuve-et-Labrador ou en relation avec l'organisation des Championnats de l'Est du Canada. Ce formulaire de consentement agit aussi sur mes héritiers, l'exécutant et les administrateurs de mes dossiers légaux.

**Je déclare en tant que personne adulte avoir lu et compris toutes les conditions décrites dans ce formulaire et j'accepte de m'y confirmer dans son entièreté.**

**Nom du participant :**

**Signature du participant :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom et signature du témoin :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_

## CHAMPIONNATS DE L'EST DU CANADA 2009

### FORMULAIRE DE PARTICIPATION POUR LES MOINS DE 18 ANS / INFORMATIONS MÉDICALES

Nom du participant : \_\_\_\_\_ Prov. / Terr : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone Parent: Maison : \_\_\_\_\_ Travail : \_\_\_\_\_

Téléphone d'urgence : \_\_\_\_\_

Je, \_\_\_\_\_ donne la permission d'administrer à  
\_\_\_\_\_ (fils/fille), suite à une urgence médicale,  
tous les soins jugés nécessaires par un médecin canadien selon ses directives. Il est entendu que dans la mesure du possible je serai avisé(e) et informé(e) de la situation médicale, du diagnostic et des traitements nécessaires dans l'espérance d'un résultat positif.

Date : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Signé : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

Signé : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX/ D'URGENCES

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Assurance maladie : \_\_\_\_\_

Personne à contacter : \_\_\_\_\_ Relation: \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Médication actuelle : \_\_\_\_\_

Type sanguin  Verre de contact  Asthme  Diabète  Allergies

Épilepsie

Support auditif  Malformation cardiaque  Dentier  Fièvre

Historique de Commotion cérébrale :

\_\_\_\_\_

Historique général :

\_\_\_\_\_

Opérations :

\_\_\_\_\_

Maladie :

\_\_\_\_\_

Autres informations importantes :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bandage :            Orthèse :