



Formulaire d'exemption médicale transgenre (EMT)

Étape 1 : Lisez tout sur l'exemption médicale transgenre (EMT)

- Avant de soumettre votre candidature, veuillez examiner vos exigences et le processus de candidature.
- Pour aider les médecins dans l'examen approfondi des TME, la commission médicale de Boxe Canada maintient des statistiques sur les TME reçus.

Étape 2 : Remplissez le formulaire EMT

- Boxe Canada acceptera les candidatures sur une base continue et examinera les demandes en septembre au début de la saison et en février au milieu de la saison .
- Toutes les informations contenues dans le formulaire doivent être lisibles (de préférence en lettres dactylographiées ou majuscules).
- Tous les champs doivent être correctement remplis et le formulaire doit être daté et signé par l'athlète et le médecin traitant.
- Les formulaires illisibles et/ou incomplets seront retournés à l'athlète sans traitement.
- Nous encourageons l'achèvement par voie électronique

Étape 3 : Constitution d'un dossier médical

Les documents doivent être inclus dans votre dossier médical pour appuyer les informations fournies sur le formulaire tels que :

- Une lettre de votre médecin confirmant vos antécédents médicaux et vos traitements en cours (le cas échéant).
- Antécédents médicaux complets relatifs au processus de conversion sexuelle ;
- Les résultats de tous les examens objectifs, analyses de laboratoire et études d'imagerie pertinents ;
- Opinion médicale indépendante à l'appui dans le cas de conditions non démontrables (je ne suis pas sûr de ce que cela signifie) ; et
- Correspondance pertinente entre les médecins concernant le diagnostic et les éventuelles prescriptions pertinentes.

Étape 4 : Soumettez votre formulaire de demande de TME complété et votre dossier médical

- Courrier : Services médicaux , Boxe Canada, 500, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec), H2Z 1W7.

Veillez noter:

- Boxe Canada confirmera la réception de votre demande TME par courriel dans les deux jours ouvrables. Si vous ne recevez pas de confirmation de réception dans ce délai, veuillez contacter Boxe Canada.
- Boxe Canada vous contactera une fois qu'une décision aura été rendue sur la demande, ou si plus d'informations ont été jugées nécessaires.
- Une liste des dates de révision TME prévue peut être trouvée sur le site Web de Boxe Canada.
- Les candidatures incomplètes seront renvoyées et devront être soumises à nouveau avec des informations complémentaires.
- Conservez une copie de votre formulaire de demande et de votre dossier médical pour vos dossiers.
- Les frais médicaux engagés pour remplir le formulaire TME ou pour des investigations, examens ou études d'imagerie complémentaires sont à la charge de l'athlète.
- Boxe Canada facturera à l'athlète des frais de 150\$ pour la révision de l'exemption médicale.

Formulaire d'exemption médicale transgenre (EMT)

Envoyer les formulaires complétés aux services médicaux de Boxe Canada par Courrier : À l'attention des Services médicaux, Boxe Canada, 500, boulevard René-Lévesque Ouest, Montréal (Québec), H2Z 1W7.

Veuillez remplir toutes les sections clairement en lettres majuscules ou en caractères dactylographiés. Conservez une copie pour vos dossiers.

1. Informations sur l'athlète

Nom de famille:		Prénoms):	
Identité de genre:	Mâle Femelle	Date de naissance (jj / mm / aaaa):	jj / mm / aaaa
Pronoms:		Méthode de communication	E-mail Postes Canada
Adresse e-mail:			
Adresse postale:			
Ville:		Province/État :	
Pays:		Code Postal:	
Téléphone:		Club de boxe	
Tranche d'âge:		Catégorie de poids:	
Êtes-vous ou envisagez-vous de concourir en boxe au niveau local, provincial, national ou international ?		Oui Non Incertain	
Si vous savez que vous participerez à un événement international, entrez le nom et la date de l'événement :			
Si vous êtes un athlète handicapé, indiquez le handicap :			

Avez-vous déjà soumis une ou plusieurs candidatures TME ?	Oui	Non
Pour quelle année avez-vous soumis votre dernière soumission ?		
Y a-t-il eu des changements dans votre traitement médical ou votre statut transgenre ?	Oui Non	
À quelle fédération a-t-il été soumis ?		
Décision:	Approuvé	Non approuvé

2. Information Médical (à compléter par votre médecin)

Un changement de sexe a-t-il été effectué	Oui	Non
La réaffectation a été effectuée vers quel sexe	Réaffecté à une femme	Réaffecté à un homme
La réaffectation a été effectuée à quelle date (jj /mm/ aaaa) :	jj / mm / aaaa	
L'athlète reçoit-il des médicaments (la liste qui suit)	Oui	Non
L'athlète reçoit-il une thérapie stable pour maintenir adéquatement son changement de sexe pendant au moins 12 mois avant cette demande ?	Oui	Non

3. Détails du médicament (à compléter par votre médecin)

Traitements actuels et passés pour les réaffectations : Nom générique	Dose	Voie d'administration	Fréquence d'administration	Début du traitement	Arrêt du traitement
Entrez tout ce qui s'applique	par exemple, 200 mg	injection orale ou locale	par exemple, BID, QID	jj -MMM- aa	jj -MMM- aa
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					

***Veuillez joindre toute autre pièce justificative pertinente telle que : notes médicales d'un spécialiste, résumé de sortie, rapports opératoires, rapport de laboratoire qui pourraient aider à l'évaluation de cette demande**

Autres commentaires

--

4. Déclaration du médecin (à remplir par votre médecin)

Je certifie que les informations des sections 2 et 3 ci-dessus sont exactes. Je reconnais et j'accepte que mes informations personnelles puissent être utilisées par Boxe Canada pour me contacter concernant cette exemption médicale transgenre, pour vérifier l'évaluation professionnelle en lien avec ce processus TME, ou en relation avec des questions liées à ces enquêtes ou procédures TME. Je reconnais et accepte en outre que mes informations personnelles seront téléchargées dans les fichiers de Boxe Canada.

Nom de famille:		Prénoms):	
Spécialité Médicale :			
Adresse:			
Ville:		Province/État :	
Pays:		Code Postal:	
Téléphone:		Adresse e-mail:	
Signature:		Date (jj /mm/ aaaa):	jj / mm / aaaa

5. Consentement au partage d'informations

Je, _____ autorise Boxe Canada à partager mes informations médicales associées à mon Exemption médicale transgenre avec le personnel médical de Boxe Canada et tout tiers nécessaire au traitement de cette demande d'exemption. Je comprends que Boxe Canada peut contacter mon médecin traitant si plus d'informations sont nécessaires ou pour fournir une mise à jour sur l'état de ma demande.

6. Déclaration de l'athlète

Je, _____, certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et je demande une exemption médicale transgenre. J'autorise la divulgation de renseignements personnels sur la santé au comité médical de Boxe Canada et au personnel autorisé qui pourrait avoir besoin d'accéder à ces renseignements pour le traitement de cette demande. J'accepte que mon (mes) médecin(s) divulgue toute information personnelle ou information personnelle sur la santé qu'ils jugent nécessaire afin d'examiner et de déterminer mon exemption.

Je comprends et accepte que les destinataires de mes renseignements personnels sur la santé et de la décision relative à cette demande peuvent se trouver à l'extérieur de la province ou du pays où je réside. Dans certains de ces pays, les lois sur la protection des données et la vie privée peuvent ne pas être équivalentes à celles de mon pays de résidence. J'autorise Boxe Canada à utiliser ou à distribuer mes renseignements personnels sur la santé dans n'importe quelle province ou pays, tel que requis dans le but de participer à une compétition sanctionnée.

Je comprends que mes informations ne seront utilisées que pour évaluer ma demande TME. Je comprends que si jamais je souhaite (1) obtenir plus d'informations sur l'utilisation de mes informations personnelles ou personnelles sur ma santé ; (2) exercer mon droit d'accès et de rectification ; ou (3) révoquer le droit de ces organisations d'obtenir des informations sur ma santé, je dois en informer mon médecin et mon OAD par écrit. Je comprends et j'accepte qu'il peut être nécessaire que les informations relatives à TME soumises avant de révoquer mon consentement soient conservées dans le seul but d'établir une éventuelle modification de la politique transgenre.

J'accepte que la décision sur cette demande soit rendue disponible à toute autre fédération ou autre organisation sportive si ces informations sont nécessaires à ma participation à l'événement.

Je comprends que si je crois que mes informations personnelles ne sont pas utilisées conformément à ce consentement et à la Norme internationale pour la protection de la vie privée et des informations personnelles, je peux déposer une plainte auprès de Boxe Canada.

Cochez la case pour autoriser la divulgation de renseignements personnels sur la santé

J'autorise la divulgation de mes renseignements personnels sur la santé aux membres de l'équipe de soins de santé qui assistent aux grands jeux auxquels je peux participer, à mon médecin d'équipe et à mon organisation sportive nationale.

Je ne souhaite que cette information soit partagée avec qui que ce soit d'autre que les membres de ce comité pour l'évaluation explicite de cette demande.

de l'athlète :		Date (jj /mm/ aaaa) :	jj / mm / aaaa
<i>(Si l'athlète est mineur ou a une déficience l'empêchant de signer ce formulaire, un parent ou un tuteur doit signer avec ou au nom de l'athlète.)</i>			
Nom de famille:		Prénoms):	
du parent/tuteur :		Date (jj /mm/ aaaa) :	jj / mm / aaaa