

# 运动员登记表

Special Olympics



国家特殊奥林匹克项目：\_\_\_\_\_

您是特殊奥林匹克的新运动员还是再次参与的运动员？

新运动员

再次参与的运动员

运动员信息			
名：	中间名：		
姓：	首选名：		
出生日期（日/月/年）：	女	男	
种族/民族（可选）：			
运动员的母语（可选）：			
街道地址：		城市：	
州/省：	国家：	邮政编码：	
电话：	电子邮箱：		
运动/活动：			
运动员雇主，如有（可选）：			
运动员有能力代表自己同意医疗护理吗？      是      否			
父母/监护人信息（未成年人必须由父母/监护人填写此栏，除非有一个合法的监护人）			
姓名：			
关系：			
联系信息与运动员的一样			
街道地址：		城市：	
州/省：	国家：	邮政编码：	
电话：	电子邮箱：		
紧急联系信息			
与父母/监护人的一样			
姓名：			
电话：	关系：		
医师信息			
医师姓名：			
医师电话：			

# 运动员免责表

Special Olympics



我同意以下内容：

- 有能力参与活动。** 我的身体状况能够参与特殊奥林匹克活动。
- 肖像免责。** 我给予特殊奥林匹克、特殊奥林匹克组委会、特殊奥林匹克认证项目（统称“特殊奥林匹克”）及其赞助商和合作伙伴使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音和言语（即“我的肖像”）的权利，以感谢赞助商和合作伙伴对特殊奥林匹克的支持。
- 脑震荡及其他伤害风险。** 我知晓有受伤害的风险。我了解在遭受脑震荡或其他伤害后继续参与运动的风险。如果我在遭遇疑似脑震荡或其他伤害后，我可能会接受医疗护理。在我再次开始运动之前，我可能需要等待 7 天或更久，并获得医生的许可。
- 紧急护理。** 如果在紧急情况下，我或我的监护人无法同意或作出决定，我授权特殊奥林匹克代表我作出医疗护理决定，除非我勾选了以下内容：
  - 我因为宗教或其他原因拒绝接受医疗护理。（不常见。）
  - 我不同意接受输血。（不常见。）（如未勾选任何内容，则必须完成拒绝紧急医疗护理表。）
- 过夜住宿。** 有些活动我可能会住宿在酒店或某人家中。如果我有任何问题，我会就此进行询问。
- 健康项目。** 如果我参与健康项目，我同意接受健康活动、筛查或治疗。这不会代替常规卫生保健。任何时候我都可以拒绝治疗或其他类似活动。
- 个人信息。** 我了解特殊奥林匹克将会收集我的个人信息作为我参与活动的一部分，包括我向特殊奥林匹克提供的我的姓名、肖像、地址、电话号码、健康信息及其他与个人相关的健康信息（即“个人信息”）。根据数据保护法律，负责保护我个人信息的组织是我的国家特殊奥林匹克项目（访问网站获取联系信息 [www.SpecialOlympics.org/Programs](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)）。
  - 我了解特殊奥林匹克将我的个人信息用于：确保我有资格并能安全参与活动；举办培训和活动；分享竞赛结果（包括在网站和新闻媒体上）；如果我参与健康项目，为我提供健康治疗服务；为了改善对特殊奥林匹克参与者需求的响应而分析信息；进行电脑操作、质量保证、测试及其他相关活动；提供与活动相关的服务。
  - 我了解特殊奥林匹克可能将我的个人信息披露给（i）紧急情况下披露给医疗专业人员，以及（ii）政府机构，用于需国际旅行签证的特殊奥林匹克活动，以及其他保护公共安全、响应政府要求和法律要求上报信息的情况。
  - 我了解特殊奥林匹克是一个总部位于美国的全球性组织。我了解我的个人信息可能会在我居住的国家之外进行储存及处理，包括美国。这些国家的个人数据保护等级可能与我居住的国家不同。
  - 我的个人信息只会储存至此表中的目的所需时长。
  - 我有权要求查看我的个人信息或被告知处理我个人信息的情况。我有权要求改正、删除和限制我的个人信息处理情况。我也有权在我的要求下将我的个人信息发送给其他组织。我有权向当地的数据保护机构进行投诉。
  - 个人信息的分享。** 个人信息可能根据本表进行分享，并在 [www.SpecialOlympics.org/Privacy\\_Policy.aspx](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy_Policy.aspx) 中的特殊奥林匹克政策里作进一步解释。

运动员姓名：	电子邮箱：
我同意特殊奥林匹克的以下活动（请勾选）： <input type="checkbox"/> 为沟通交流和市场目的建立我的个人简介，包括通过电子邮件、短讯、社交媒体和其他渠道给我发送直接数字化营销。 <input type="checkbox"/> 与研究人员保密分享我的个人信息，比如正在研究智力障碍以及特殊奥林匹克活动影响力的大学或公共卫生机构。	
<b>运动员签名</b> （需由具有签署法律文件能力的成年运动员完成）	
我已阅读并了解此表格。我有权在未来撤回本表中授予的任何许可。我如果有任何关于此表的疑问，我会联系我的国家特殊奥林匹克项目（访问网站获取联系信息 <a href="http://www.SpecialOlympics.org/Programs">www.SpecialOlympics.org/Programs</a> ）。签署姓名后，我即同意此表格内容。	
运动员签名：	日期：
<b>父母/监护人签名</b> （需由无签署法律文件能力的运动员的父母或监护人完成）	
本人是运动员的父母或监护人。我已阅读并了解此表格，已酌情向运动员解释表格内容。我有权在未来撤回本表中授予的任何许可。我如果有任何关于此表的疑问，我会联系我的国家特殊奥林匹克项目（访问网站获取联系信息 <a href="http://www.SpecialOlympics.org/Programs">www.SpecialOlympics.org/Programs</a> ）。签署姓名后，我即代表自己和运动员同意此表格内容。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：

## 运动员肖像免责 针对赞助商（可选）

Special Olympics



特殊奥林匹克依靠赞助商和合作伙伴来支持我们达成使命。我们通常使用运动员的照片、视频和故事来展示特殊奥林匹克的赞助商对我们的支持影响力。如果您允许自己的肖像以这种形式被使用，请阅读并签署如下内容。

我同意以下内容：

- 我给予特殊奥林匹克、特殊奥林匹克组委会、特殊奥林匹克认证项目（统称“特殊奥林匹克”）及其赞助商和合作伙伴使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音和言语（即“我的肖像”）的权利，以感谢赞助商和合作伙伴对特殊奥林匹克的支持。
- 特殊奥林匹克及其赞助商和合作伙伴不可将我的肖像用于代言商业产品或服务。
- 我了解我的肖像使用不会获得任何报酬。

运动员姓名：	电子邮箱：
<b>运动员签名</b> （需由具有签署法律文件能力的成年运动员完成）	
我已阅读并了解此表格。我有权在未来撤回本表中授予的任何许可。我如果有任何关于此表的疑问，我会联系我的国家特殊奥林匹克项目（访问网站获取联系信息 <a href="http://www.SpecialOlympics.org/Programs">www.SpecialOlympics.org/Programs</a> ）。签署姓名后，我即同意此表格内容。	
运动员签名：	日期：
<b>父母/监护人签名</b> （需由无签署法律文件能力的运动员的父母或监护人完成）	
本人是运动员的父母或监护人。我已阅读并了解此表格，已酌情向运动员解释表格内容。我有权在未来撤回本表中授予的任何许可。我如果有任何关于此表的疑问，我会联系我的国家特殊奥林匹克项目（访问网站获取联系信息 <a href="http://www.SpecialOlympics.org/Programs">www.SpecialOlympics.org/Programs</a> ）。签署姓名后，我即代表自己和运动员同意此表格内容。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：