

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE L'ATHLÈTE

Special Olympics



Programme National Special Olympics : _____

Êtes-vous un nouvel athlète Special Olympics ou est-ce une réinscription ?

Nouvel athlète

Réinscription

INFORMATIONS SUR L'ATHLÈTE		
Prénom :	Deuxième prénom :	
Nom de famille :	Nom d'usage :	
Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	
Race / origine ethnique (facultatif) :		
Langue(s) parlée(s) au domicile de l'athlète (facultatif) :		
Adresse postale :		Ville :
État / Province :	Pays :	Code postal :
Téléphone :	E-mail :	
Sports / Activités :		
Employeur de l'athlète, le cas échéant (facultatif) :		
L'athlète a-t-il la capacité de consentir à un traitement médical en son propre nom ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
INFORMATIONS DU PARENT / TUTEUR (requis si mineur ou a un tuteur légal)		
Nom :		
Relation :		
<input type="checkbox"/> Mêmes coordonnées que l'athlète		
Adresse postale :		Ville :
État / Province :	Pays :	Code postal :
Téléphone :	E-mail :	
COORDONNÉES EN CAS D'URGENCE		
<input type="checkbox"/> Mêmes que le parent / tuteur		
Nom :		
Téléphone :		Relation :
COORDONNÉES DU MÉDECIN		
Nom du médecin :		
Téléphone du médecin :		

FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DE L'ATHLÈTE

Special Olympics



J'accepte ce qui suit :

- Capacité de participer.** Je suis physiquement capable de participer aux activités de Special Olympics.
- Publication de l'image.** Je donne la permission à Special Olympics, Inc., aux Comités d'Organisation de Jeux de Special Olympics et aux Programmes accrédités Special Olympics (collectivement « Special Olympics ») d'utiliser mon image, photos, vidéos, nom, voix et expressions afin de promouvoir Special Olympics et de recueillir des fonds pour Special Olympics.
- Risque de commotion et autres blessures.** Je suis conscient qu'il y a un risque de blessure. Je suis conscient du risque qu'il y a à continuer à faire du sport avec ou après une commotion cérébrale ou autre blessure. Je pourrais avoir des soins médicaux si l'on suspecte que j'ai une commotion cérébrale ou une autre blessure. Je devrais attendre 7 jours ou plus et obtenir la permission d'un médecin avant de recommencer à faire du sport.
- Soin d'urgence.** Si je suis dans l'incapacité, ou que mon tuteur n'est pas disponible, pour consentir ou pour prendre des décisions médicales en cas d'urgence, j'autorise Special Olympics à rechercher des soins médicaux en mon nom, sauf si je coche l'une de ces cases :
 - J'ai une objection de conscience ou autre m'empêchant de recevoir un traitement médical. (Peu commun)
 - Je ne consens pas aux transfusions sanguines. (Peu commun)
 (Si l'une de ces cases est cochée, un FORMULAIRE DE REFUS DE SOIN MÉDICAL D'URGENCE doit être rempli.)
- Séjour de nuit.** Dans le cadre de certains événements, il se pourrait que je sois logé à l'hôtel ou chez un particulier. Si j'ai des questions, je demanderai.
- Programmes de santé.** Si je participe à un programme de santé, j'accepte les activités, examens et traitements de santé. Cela ne devrait pas remplacer les soins de santé réguliers. Je peux refuser un traitement ou à autre chose à tout moment.
- Renseignements personnels.** Je comprends que Special Olympics recueillera mes renseignements personnels dans le cadre de ma participation, y compris mon nom, image, adresse, numéro de téléphone, informations de santé et d'autres informations personnelles ainsi que les informations personnelles relatives à mon état de santé que je fournirai à Special Olympics (« renseignements personnels »). L'organisation responsable de la protection de mes renseignements personnels en vertu des lois sur la protection des données est mon programme national Special Olympics (coordonnées à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Programs).
 - Je comprends que Special Olympics utilise mes renseignements personnels afin de : s'assurer que je suis admissible et que je peux participer en toute sécurité ; exécuter des entraînements et des événements ; partager les résultats de la compétition (y compris sur le Web et dans les médias) ; fournir un traitement de santé si je participe à un programme de santé ; analyser les données dans le but d'améliorer la programmation et d'identifier et de répondre aux besoins des participants de Special Olympics ; effectuer des opérations informatiques, assurer la qualité, tester et d'autres activités connexes ; et fournir des services liés aux événements.
 - Je comprends que Special Olympics peut divulguer mes renseignements personnels à (i) des professionnels de la santé en cas d'urgence, et (ii) des autorités gouvernementales dans le but de m'aider pour les visas requis pour les voyages internationaux nécessaires pour participer aux événements Special Olympics et à toute autre fin nécessaire pour protéger la sécurité publique, répondre aux demandes du gouvernement et signaler les informations requises par la loi.
 - Je comprends que Special Olympics est une organisation mondiale ayant son siège aux États-Unis d'Amérique. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être stockés et traités dans des pays extérieurs à mon pays de résidence, y compris aux États-Unis. Ces pays peuvent ne pas avoir le même niveau de protection des données personnelles que mon pays de résidence.
 - Mes renseignements personnels ne seront stockés que s'ils sont nécessaires aux fins décrites dans ce formulaire.
 - J'ai le droit de demander de voir mes renseignements personnels ou d'être informé des renseignements personnels traités à mon sujet. J'ai le droit de demander de corriger, supprimer et restreindre le traitement de mes renseignements personnels. J'ai également le droit de faire envoyer mes renseignements personnels à une autre organisation sur ma demande. J'ai le droit de déposer une plainte auprès d'une autorité locale de protection des données.
 - *Partage des renseignements personnels.* Les renseignements personnels peuvent être partagés conformément à ce formulaire et, comme expliqué plus en détail dans la politique de confidentialité de Special Olympics à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx.

Nom de l'athlète :	
J'autorise Special Olympics à (merci de cocher) :	
<input type="checkbox"/> Créer un profil personnel me concernant à des fins de communication et de marketing, y compris m'envoyer des communications directes de marketing numérique par courrier électronique, SMS, médias sociaux et autres canaux.	
<input type="checkbox"/> Partager mes renseignements personnels de manière confidentielle avec des chercheurs, tels que des universités ou des organismes de santé publique, qui étudient les handicaps intellectuels et l'impact des activités de Special Olympics.	
SIGNATURE DE L'ATHLÈTE (requis pour un athlète adulte ayant la capacité de signer des documents juridiques)	
J'ai lu et compris ce formulaire. J'ai le droit de retirer tout consentement donné sous ce formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon programme national Special Olympics (à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Programs). En signant, j'accepte ce formulaire.	
Signature de l'athlète :	Date :
SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR (requis pour un athlète qui est mineur ou qui n'a pas la capacité de signer des documents juridiques)	
Je suis un parent ou tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire et j'ai expliqué le contenu à l'athlète, le cas échéant. J'ai le droit de retirer tout consentement donné sous ce formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon programme national Special Olympics (à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Programs). En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète.	
Signature du Parent / Tuteur :	Date :
Nom en toutes lettres :	Relation :

**AUTORISATION DE PUBLICATION DE
L'IMAGE DE L'ATHLÈTE
POUR LES SPONSORS (FACULTATIF)**

Special Olympics



Special Olympics s'appuie sur les sponsors et les partenaires pour aider à soutenir notre mission. Nous utilisons souvent des photos, des vidéos et des histoires de nos athlètes afin de montrer l'impact du soutien des entreprises qui parrainent Special Olympics. Si vous souhaitez que votre image soit utilisée de cette façon, veuillez lire et signer ci-dessous.

J'accepte ce qui suit :

- Je donne la permission à Special Olympics, Inc., aux Comités d'Organisation de Special Olympics et aux Programmes Accrédités de Special Olympics (collectivement « Special Olympics ») et leurs sponsors et partenaires d'utiliser mon image, photos, vidéos, nom, voix et expressions (« mon image ») en reconnaissance du soutien des sponsors et des partenaires de Special Olympics.
- Special Olympics et ses sponsors et partenaires n'utiliseront pas mon image pour promouvoir des produits ou des services commerciaux.
- Je comprends que je ne recevrai aucune compensation liée à l'utilisation de mon image.

Nom de l'Athlète :	
SIGNATURE DE L'ATHLÈTE (requis pour un athlète adulte ayant la capacité de signer des documents juridiques)	
J'ai lu et compris ce formulaire. J'ai le droit de retirer tout consentement donné dans le présent formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon Programme National Special Olympics à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Programs . En signant, j'accepte ce formulaire.	
Signature de l'Athlète :	Date :
SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR (requis pour l'athlète qui est mineur ou qui n'a pas la capacité de signer des documents juridiques)	
Je suis un parent ou tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire et j'ai expliqué le contenu à l'athlète, le cas échéant. J'ai le droit de retirer tout consentement donné sous ce formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon Programme National Special Olympics à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Programs . En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète.	
Signature du Parent / Tuteur :	Date :
Nom en toutes lettres :	Relation :