FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

DEL ATLETA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | |
| **¿Eres un atleta nuevo para Olimpiadas Especiales o estás solicitando tu reinscripción?** | Atleta Nuevo | Re - Inscripción | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL ATLETA** | | | | | |
| **Nombre:** | **Segundo Nombre:** | | | | |
| **Apellidos:** | **Nombre preferido:** | | | | |
| **Fecha de Nacimiento** **(dd/mm/aaaa):** | FemeninoMasculino | | | | |
| **Raza/Origen Étnico (Opcional):** | | | | | |
| **Idioma(s) habitual(es) en el Hogar del Atleta (Opcional):** | | | | | |
| **Dirección. Calle y Número:** | | | **Ciudad:** | | |
| **Estado/provincia:** | **País:** | | | | **Código Postal:** |
| **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** | | | | |
| **Deportes / Actividades:** | | | | | |
| **¿El atleta tiene la capacidad para autorizar en su nombre que se le administren cuidados médicos?** Sí No | | | | | |
| **INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si el atleta es menor de edad o requiere de un tutor legal)** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | |
| **Relación:** | | | | | |
| **La misma información de contacto del Atleta** | | | | | |
| **Dirección. Calle y Número:** | | | | **Ciudad:** | |
| **Estado/provincia:** | **País:** | | | | **Código Postal:** |
| **Teléfono:** | **Correo Electrónico:** | | | | |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | | |
| **La misma del Padre o Tutor** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | |
| **Teléfono:** | | **Relación o Parentesco:** | | | |
| **INFORMACIÓN DEL MÉDICO** | | | | | |
| **Nombre del Médico:** | | | | | |
| **Teléfono del Médico:** | | | | | |

FORMULARIO DE

EXENCIÓN DEL ATLETA

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales.
2. **Liberación de Semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Olimpiadas Especiales ya los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente “Olimpiadas Especiales”) para utilizar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deporte después de haber sufrido alguna conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Entiendo que podría necesitar cuidados médicos si existe sospecha de que he sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. También es posible que tenga que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de comenzar a practicar deportes nuevamente.
4. **Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:

* Tengo una objeción religiosa u otra para recibir tratamiento médico. (No común)
* No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)

(Si se ha marcado uno o los dos campos anteriores, será obligatorio llenar el FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)

1. **Pernoctación.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré.
2. **Programas de Salud** Si participo en un programa de salud, consiento las actividades de salud, las pruebas de detección y el tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir no al tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento.
3. **Información Personal.** Entiendo que Special Olympics recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcioné a Special Olympics ("información personal") . La organización responsable de proteger mi información personal de conformidad con la ley de protección de datos personales, es el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto en [www.SpecialOlympics.org/Programs](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)).

* Entiendo que Special Olympics está usando mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir los resultados de la competencia (incluso en la web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar los datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
* Entiendo que Special Olympics puede divulgar mi información personal con (i) profesionales médicos en caso de emergencia, y (ii) con las autoridades gubernamentales con el fin de ayudarme con las visas necesarias para viajes internacionales a eventos de Special Olympics y para cualquier otro propósito necesario para proteger seguridad pública, responda a las solicitudes del gobierno e informe la información según lo exige la ley.
* Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización global con sede en los Estados Unidos de América. Entiendo que mi información personal puede almacenarse y procesarse en algún país distinto al mío, donde resido, incluyendo los Estados Unidos de América. Dichos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia.
* Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de solicitar corrección o eliminación de mi información personal, y de restringir el procesamiento que se haga de la misma. También tengo el derecho de que, a mi solicitud, mi información personal se comparta con otras organizaciones. Tengo el derecho de presentar una queja ante una autoridad de protección de datos local.
* *Política de Privacidad.* La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **Estoy de acuerdo en que Olimpiadas Especiales (marque por favor):**   * **Usar mi información de contacto para enviarme materiales de marketing de Olimpiadas Especiales.** * **Compartir mi información personal de forma confidencial con investigadores, como universidades o agencias de salud pública, que están estudiando las discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales.** | |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)** | |
| **He leído y comprendo este formulario. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento que haya dado bajo este formulario con efecto futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en** [**www.SpecialOlympics.org/Programs**](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)**). Al firmar, acepto este formulario.** | |
| **Firma del Atleta:** | **Fecha:** |
| **FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)** | |
| **Soy el familiar o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al atleta según corresponda. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en** [**www.SpecialOlympics.org/Programs**](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)**). Por mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.** | |
| **Firma del padre/madre/tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre Impreso:** | **Relación o Parentesco:** |



FORMULARIO DE EXENCIÓN DE

RESPONSABILIDAD POR REFERENCIAS AL ATLETA

PARA PATROCINADORES (OPCIONAL)

**En Olimpiadas Especiales dependemos de nuestros socios y patrocinadores para lograr nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeo e historias de nuestros atletas para ejemplificar el efecto que tiene el apoyo de las compañías que nos patrocinan. Si autorizas que se utilicen referencias a tu persona de esta manera, por favor lee lo siguiente y fírmalo.**

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

* Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités de organización de juegos de Special Olympics, ya los Programas acreditados de Special Olympics (colectivamente “Special Olympics”) y a sus patrocinadores y socios para usar mi imagen, video, nombre, voz, palabras y biografías. información ("a mi semejanza") para reconocer el apoyo de los patrocinadores y socios en Olimpiadas Especiales.
* Special Olympics y sus patrocinadores y socios no utilizarán mi Similaridad para respaldar productos o servicios comerciales.
* Entiendo que no seré compensado por el uso de mi semejanza.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre del atleta:** | **Correo Electrónico:** |
| **FIRMA DEL ATLETA (obligatorio para atletas mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales)** | |
| **He leído y comprendo este formulario. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en** [**www.SpecialOlympics.org/Programs**](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)**). Al firmar, acepto este formulario.** | |
| **Firma del Atleta:** | **Fecha:** |
| **FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatoria para atletas menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales)** | |
| **Soy el familiar o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y le he explicado el contenido al atleta según corresponda. Tengo derecho a retirar cualquier consentimiento otorgado en virtud de este formulario con efecto para el futuro. Si tuviese dudas sobre este formulario, me pondría en contacto con el Programa Acreditado de Olimpiadas Especiales de mi país (información de contacto disponible en** [**www.SpecialOlympics.org/Programs**](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)**). Por mi firma, declaro estar de acuerdo con el contenido del presente formulario en nombre propio y en el del atleta.** | |
| **Firma del padre/madre/tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre Impreso:** | **Relación o Parentesco:** |