نموذج تسجيل اللاعب

|  |
| --- |
| **برنامج الأولمبياد الخاص القومى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **هل أنت لاعب جديد فى الأولمبياد الخاص او إعادة تسجيل؟** | [ ]  لاعب جديد |  [ ]  إعادة تسجيل |

|  |
| --- |
| **معلومات عن اللاعب** |
| **الإسم الأول:** | **الإسم الأوسط:** |
| **إسم العائلة:** | **الإسم المفضل:** |
| **تاريخ الميلاد (اليوم/الشهر/العام):** | [ ]  *أنثى* [ ]  *ذكر* |
| **السلالة/العرق (اختيارى)** |
| **اللغة(اللغات) المتحدث بها في بلد اللاعب (اختيارى)** |
| **عنوان الشارع:** | **المدينة:** |
| **الولاية/المقاطعة:** | **البلد:** | **الرمز البريدى:** |
| **رقم التليفون:** | **البريد الإلكترونى:** |
| **الرياضة/الأنشطة:** |
| **هل اللاعب لدية القدرة على الموافقة على العلاج الطبي نيابة عن نفسه أو نفسها؟** [ ] نعم [ ]  *لا*  |
| **معلومات ولى الأمر/الوصي (مطلوبة إذا كان قاصر أو لدية وصى قانوني)** |
| **الإسم:** |
| **صلة القرابة:** |
| [ ]  **نفس معلومات اتصال اللاعب** |
| **عنوان الشارع:** | **المدينة:** |
| **الولاية/المقاطعة:** | **البلد:** | **الرمز البريدى:** |
| **رقم التليفون:** | **البريد الإليكترونى:** |
| **معلومات للاتصال الطارئ** |
| [ ]  **مثل ولى الأمر/الوصى** |
| **الإسم:** |
| **رقم التليفون:** | **صلة القرابة:** |
| **بيانات الطبيب** |
| **اسم الطبيب:** |
| **رقم تليفون الطبيب:** |

استمارة تفويض اللاعب

أوافق على ما يلي:

1. **القدرة على المشاركة.** إنني قادر بدنيًا على المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص.
2. **اتفاقية رعاية.** أمنح الحق للأولمبياد الخاص، ولجان الأولمبياد الخاص المنظمة للألعاب، وبرامج الأولمبياد الخاص المعتمدة (مُشار إليها مجتمعة باسم "الأولمبياد الخاص")، أن يستخدموا الصورة المشابهة لي، وصوري، وفيديوهاتي، واسمي، وصوتي، وكلماتي، ومعلوماتي للترويج للأولمبياد الخاص، وجمع الأموال للأولمبياد الخاص.
3. **خطر الارتجاج والإصابات الأخرى.** أعرف أن الإصابة أمر مُحتمل. وأًدرك خطر الاستمرار في ممارسة الرياضة أثناء أو بعد الإصابة بالارتجاج أو أي إصابات أخرى. وقد اضطر لطلب الرعاية الطبية إن اشتبه بإصابتي بارتجاج أو أي إصابات أخرى. قد اضطر أيضا للانتظار 7 أيام أو أكثر، والحصول على إذن طبيب قبل البدء في ممارسة الرياضة مرة أخرى.
4. **رعاية الطوارئ.** إن لم أستطع، أو إن لم يكن الوصي الخاص بي متاحًا، الموافقة على أو اتخاذ القرارات الطبية في حالات الطوارئ، فإنني أعطي الحق للأولمبياد الخاص أن تطلب الرعاية الطبية نيابة عني، إلا إذا وضعت علامة على أحد هذه المربعات:
* لدى اعتراض ديني أو اعتراض أخر على تلقى العلاج الطبي. (غير شائع.)
* لا أوافق على نقل الدم. (غير شائع.)

(إذا وضعت علامة في أي مربع، يجب ملء نموذج رفض الرعاية الطبية الطارئة.)

1. **البقاء حتى الصباح.** في بعض الفاعليات، قد أقيم في فندق أو بيت شخص أخر. إذا كان لدى أسئلة، سأطرحها.
2. **البرامج الصحية.** في حال مشاركتي في برنامج صحي، فإنني أوافق على الأنشطة، والكشوفات، والعلاجات الصحية. ويجب ألا يحل هذا محل الرعاية الصحية الاعتيادية. ويمكنني رفض العلاج أو أي شئ آخر في أي وقت.
3. **المعلومات الشخصية.** أتفهم أن الأولمبياد الخاص ستجمع معلوماتي الشخصية في ظل مشاركتي، بما فيها اسمي، وصورتي، وعنواني، ورقم هاتفي، ومعلوماتي الصحية، ومعلومات شخصية وصحية أخرى أقدمها للأولمبياد الخاص (المعلومات الشخصية).
* أوافق وأفوض الأولمبياد الخاص للقيام بما يلي:
	+ استخدام معلوماتي الشخصية من أجل: التأكد من ملائمتي وقدرتي على المشاركة بسلامة؛ وإدارة التدريبات والأحداث؛ ونشر نتائج المسابقات (بما فيها على الإنترنت والوسائل الإعلامية الأخرى)؛ وتوفير العلاج الصحي إن شاركت في برنامج صحي؛ وتحليل البيانات بغرض تحسين البرامج، والتعرف على والاستجابة لاحتياجات المشاركين في الأولمبياد الخاص؛ وإجراء عمليات الحاسوب، وضمان الجودة، والاختبار، والأنشطة الأخرى ذات الصلة؛ وتقديم الخدمات ذات الصلة بالفاعليات.
	+ استخدام معلومات الاتصال الخاصة بي للتواصل معي بشأن الأولمبياد الخاص.
	+ مشاركة معلوماتي الشخصية مع (أ) الباحثين، وشركاء الأعمال، ووكالات الصحة العامة، والمنظمات الأخرة التي تدرس الإعاقة الذهنية وتأثير أنشطة الأولمبياد الخاص، (ب) الاخصائيين الطبين في الطوارئ، و (ج) الجهات الحكومية لمساعدتي في الحصول على أي تأشيرة مطلوبة للسفر الدولي إلى الفاعليات الخاصة بالأولمبياد الخاص ولأي غرض آخر ضروري لحماية الأمن العام، والاستجابة لطلبات الحكومة، والإبلاغ عن المعلومات حسب متطلبات القانون.
* أتفهم أن الأولمبياد الخاص عبارة عن منظمة عالمية يقع مقرها الرئيس في الولايات المتحدة الأمريكية. وأقر أن معلوماتي الشخصية قد تُخزن وتُعالج خارج بلد إقامتي، ومن ضمنها الولايات المتحدة. وقد لا تتمتع هذه البلاد بنفس مستوى حماية البيانات الشخصية مثل بلد إقامتي، وأوافق على أن تحكم قوانين الولايات المتحدة حفظ معلوماتي الشخصية كما هو منصوص عليه في هذا التفويض.
* لدي الحق في طلب الاطلاع على معلوماتي الشخصية أو أن يتم إعلامي بشأن المعلومات الشخصية الخاصة بي. ولدى الحق في أن أطلب تصحيح أو محو معلوماتي الشخصية، وأن أحدد استخدام معلوماتي الشخصية إن لم تكن متسقة مع هذا التفويض.
* *سياسة الخصوصية.* يمكن استخدام المعلومات الشخصية ومشاركتها بالاتساق مع هذه الاستمارة، وكما هو موضح في سياسة خصوصية الأولمبياد الخاص، وعنوانها [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم اللاعب:** | **البريد الإلكتروني:** |
| **توقيع اللاعب (مطلوب لكل من الرياضيين البالغين الذين لديهم القدرة على توقيع الوثائق القانونية)** |
| **قرأت وأفهم هذه الاستمارة. إذا كان لدى أسئلة، سأطرحها. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة.** |
| **توقيع اللاعب:** | **التاريخ:** |
| **توقيع الوالدين / الوصي (مطلوب لكل لاعب قاصر أو يفتقر للقدرة على توقيع الوثائق القانونية)** |
| **أنا والد أو الوصي على المشارك. وقد قرأت هذه الاستمارة وأفهمها، وقد شرحت محتواها للمشارك، حسب الاقتضاء. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة أصالةً عن نفسي ونيابة عن المشارك.** |
| **توقيع ولى الأمر/الوصي:** | **التاريخ:** |
| **الاسم المطبوع:** | **صلة القرابة:** |

تفويض استخدام صورة اللاعب

بواسطة الجهات الراعية (اختياري)

**يعتمد الأولمبياد الخاص على الرعاة والشركاء للمساعدة في دعم رسالتنا. وعادةً ما نستخدم صور ومقاطع فيديو وقصص لاعبينا لتوضيح تأثير الدعم المقدم من الشركات التي ترعى الأولمبياد الخاص. في حال رغبتك في السماح باستخدام صورتك بهذه الطريقة، يرجي القراءة والتوقيع أدناه.**

أوافق على ما يلي:

* أمنح الحق للأولمبياد الخاص، ولجان الأولمبياد الخاص المنظمة للألعاب، وبرامج الأولمبياد الخاص المعتمدة (مُشار إليها مُجتمعة باسم "الأولمبياد الخاص")، أن يستخدموا الصورة المشابهة لي، وصوري، وفيديوهاتي، واسمي، وصوتي، وكلماتي، ومعلومات السيرة الذاتية الخاصين بي ("صورتي") للإعلان عن دعم الرعاة والشركاء للأولمبياد الخاص.
* لن تستخدم الأولمبياد الخاص ورعاتها وشركاؤها الصورة المشابهة لي في تأييد المنتجات أو الخدمات التجارية.
* أُدرك أنني لن أُعوض مقابل استخدام الصورة المشابهة لي.

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم اللاعب:** | **البريد الإلكتروني:** |
| **توقيع اللاعب (مطلوب لكل من الرياضيين البالغين الذين لديهم القدرة على توقيع الوثائق القانونية)** |
| **قرأت وأفهم هذه الاستمارة. إذا كان لدى أسئلة، سأطرحها. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة.** |
| **توقيع اللاعب:** | **التاريخ:** |
| **توقيع الوالدين / الوصي (مطلوب لكل لاعب قاصر أو يفتقر للقدرة على توقيع الوثائق القانونية)** |
| **أنا والد أو الوصي على المشارك. وقد قرأت هذه الاستمارة وأفهمها، وقد شرحت محتواها للمشارك، حسب الاقتضاء. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة أصالةً عن نفسي ونيابة عن المشارك.**  |
| **توقيع ولى الأمر/الوصي:** | **التاريخ:** |
| **الاسم المطبوع:** | **صلة القرابة:** |