运动员登记表

|  |  |
| --- | --- |
| **所属地区特殊奥林匹克成员组织：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | |
| **您是新注册还是重新注册的特殊奥林匹克运动员？** | 新运动员 | | 再次注册的运动员 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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（选填）：** | | | | | |
| **运动员的母语（可填多种，选填）：** | | | | | |
| **街道地址：** | | | **城市：** | | |
| **州/省：** | **国家：** | | | | **邮政编码：** |
| **电话：** | **电子邮箱：** | | | | |
| **运动项目/活动：** | | | | | |
| **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或合法监护人填写此栏）** | | | | | |
| **姓名：** | | | | | |
| **关系：** | | | | | |
| **联系信息与运动员的一致** | | | | | |
| **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/监护人的一致** | | | | | |
| **姓名：** | | | | | |
| **电话：** | | **关系：** | | | |
| **医师信息** | | | | | |
| **医师姓名：** | | | | | |
| **医师电话：** | | | | | |

运动员免责表

我同意以下内容：

1. **参与活动的能力。**我的身体状况能够参与特殊奥林匹克运动会的活动。
2. **肖像免责。**我允许特殊奥林匹克组织、特殊奥林匹克运动会组委会、特殊奥林匹克认证成员组织（统称“特殊奥林匹克”）使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音、言语和履历信息，以推广以及为特殊奥林匹克运动筹集资金。
3. 脑震荡及其它意外伤害风险。我知晓有意外受伤的风险。我了解在遭受脑震荡或其他意外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，我可能将不得不接受医疗护理。在我再次开始运动之前，我可能必须等待7天或更久，并获得医生的许可。
4. **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。）

（如勾选任何一项，则必须填写拒绝紧急医疗护理表。）

1. **留宿。**有些活动中我可能需要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。
2. **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。这不会代替常规的医疗保健。任何时候我都可以拒绝治疗或其他类似活动。
3. **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”）。

* 我同意特殊奥林匹克：
  + 将我的个人信息用于：确保我有资格并能安全地参与活动；举办培训和活动；分享竞赛成绩（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；为了改善及响应对特殊奥林匹克参与者需求而进行的数据分析；进行电脑操作、质量保证、测试及其他相关活动；以及提供与活动相关的服务。
  + 使用我提供的联系信息来通知我特殊奥林匹克的相关事宜。
  + 将我的个人信息分享给（i）研究人员、商业伙伴、公共卫生机构以及其他研究智力障碍人士和特殊奥林匹克影响力的组织，（ii）紧急情况下分享给医疗专业人员，以及（iii）政府机构，用于协助我申请参加特殊奥林匹克活动所需的国际旅行签证。以及用于其他保护公共安全、响应政府和法律要求上报信息的目的。
* 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使用，包括美国。这些国家的个人信息保护等级可能与我居住的国家不同。我同意，美国的法律将监督我的个人信息得到合理的使用。
* 我有权要求查看我的个人信息或被告知我个人信息的使用情况。我有权要求改正或删除我的个人信息，如果与我所同意的内容不一致，我有权限制使用我的个人信息。
* *隐私政策*与本注册表中一致的个人信息可能会被使用和分享。这在 [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy) 上的特殊奥林匹克隐私政策中有进一步解释。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **运动员姓名：** | **电子邮箱：** | |
| **运动员签名 （需由具有签署法律文件能力的成年运动员完成）** | | |
| **我已阅读并理解此表格。如果我有任何问题，我会就此进行询问。签署姓名后，我即同意此表格内容。** | | |
| **运动员签名：** | | **日期：** |
| **父母/监护人签名 （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。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：** |
| **姓名（请用正楷书写）：** | | **关系：** |

运动员肖像免责

对于赞助商（选填）

**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。我们经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方式被使用，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组织、特殊奥林匹克运动会组委会、特殊奥林匹克认证成员组织（统称“特奥会”）及其赞助商和合作伙伴使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音，言语，以及我的履历信息（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：** | |
| **运动员签名 （需由具有签署法律文件能力的成年运动员完成）** | | |
| **我已阅读并知晓此表格的内容。如果我有任何问题，我会就此进行询问。签署姓名后，我即同意此表格内容。** | | |
| **运动员签名：** | | **日期：** |
| **父母/监护人签名 （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。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：** |
| **姓名（请使用正楷书写）：** | | **关系：** |