



寰枢椎失稳（AAI）特殊免责表

（有关脊髓压迫和寰枢椎不稳的特殊免责）

说明： 只有在预查中发现脊髓压迫或寰枢椎不稳症状，并且医生在神经功能评测后给予许可，才能够完成此表格。

我同意以下内容：

1. **脊髓压迫症状。**在预查中，执业医疗专业人员发现疑似脊髓压迫或寰枢椎不稳症状。
2. **神经功能评测。**在神经功能评测后，执业医生得出结论：
 - 该症状不会因参与运动而导致神经损伤，并且
 - 参与特殊奥林匹克活动是安全的，且无需特殊奥林匹克依照任何限制。
3. **免责。**我确认我已被告知医生的审查结果和决定。所有与脊髓压迫或寰枢椎不稳有关的可能事项，我都不追究特殊奥林匹克的任何责任。在此表格中，“特殊奥林匹克”表示所有特殊奥林匹克组织。

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）	
我已阅读并了解此表格。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。此免责条款对本人、运动员及我们各自继任者和法定代表都具有约束力。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：

