



FORMULAIRE SPECIAL DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ CONCERNANT L'INSTABILITÉ ATLOÏDO-AXOÏDIENNE (IAA)

(DECHARGE SPÉCIALE CONCERNANT LA COMPRESSION MÉDULLAIRE ET L'INSTABILITÉ ATLOÏDO-AXOÏDIENNE)

INSTRUCTIONS : Ne complétez ce formulaire que si les symptômes de la compression médullaire ou l'instabilité atloïdo-axoïdienne ont été constatés dans un examen de pré-participation et qu'un médecin a ensuite fourni une autorisation de participation suite à une évaluation neurologique.

J'accepte ce qui suit :

1. **Symptômes liés à la compression médullaire.** Dans un examen de pré-participation, un professionnel médical autorisé a constaté des symptômes qui pourraient résulter de la compression médullaire ou de l'instabilité atloïdo-axoïdienne.
2. **Évaluation neurologique.** Après une évaluation neurologique, un médecin qualifié a conclu que :
 - La cause des symptômes n'entraînera pas de risque supplémentaire de blessure neurologique due à la participation au sport, et
 - La participation aux activités de Special Olympics est sécurisée sans restrictions ou avec des restrictions qui seront partagées avec Special Olympics et suivies.
3. **Décharge de responsabilité.** Je reconnais avoir été informé des résultats et des décisions du médecin. Je décharge Special Olympics de toute responsabilité concernant toutes les réclamations en lien avec une éventuelle compression médullaire ou une instabilité atloïdo-axoïdienne. Pour ce formulaire, « Special Olympics » désigne toutes les organisations de Special Olympics.

Nom de l'athlète :	E-mail :
SIGNATURE DE L'ATHLÈTE (requis pour un athlète adulte ayant la capacité de signer des documents juridiques)	
J'ai lu et compris ce formulaire. Si j'ai des questions, je demanderai. 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. En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète. Cette décharge sera obligatoire pour moi, l'athlète et nos héritiers et représentants légaux respectifs.	
Signature du parent / tuteur :	Date :
Nom en toutes lettres :	Relation :