

# Formulaire d'Inscription de l'Athlète

Requis pour tous les athlètes participant au programme Special Olympics

Special Olympics



Programme Local Special Olympics : \_\_\_\_\_

Êtes-vous un nouvel athlète de Special Olympics ?      **Oui**      **Non**

## Renseignements sur l'Athlète - À remplir par l'athlète ou le parent/tuteur/soignant.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Deuxième prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Genre :    Femme    Homme    Je préfère ne pas répondre

Adresse Email : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile    Téléphone fixe

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## Informations sur le parent/tuteur - Obligatoire si mineur ou si vous avez un tuteur légal.

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Relation avec l'athlète : \_\_\_\_\_

Adresse Email : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile    Téléphone fixe

Adresse du domicile : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

## Contact d'urgence

*Identique à celui du parent/tuteur*

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_ Mobile    Téléphone fixe

Relation avec l'athlète :    Parent/tuteur    Aide    Membre de la famille    Prestataire de soins de santé    Entraîneur    Autre

## Conditions associées - Obligatoire

|  |                            |                             |             |                          |
|--|----------------------------|-----------------------------|-------------|--------------------------|
| Conditions associées   | Autisme                    | Infirmité motrice cérébrale | Trisomie 21 | Syndrome d'alcoolisation |
| <b>Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :</b>                         | Syndrome foétale de Marfan | Spina Bifida                | Épilepsie   | Syndrome de l'X fragile  |
|  | Autre                      | Inconnu                     |             |                          |
| Veuillez préciser d'autres diagnostics de déficience intellectuelle connus : |                            |                             |             |                          |

## Appareils fonctionnels et mesures d'adaptation - Utilisez-vous l'un des appareils suivants ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

|   |  |                                |  |                    |
|---|--|--------------------------------|--|--------------------|
| Mobilité  | Déambulateur<br>Prothèses                                | Attelles ou béquilles<br>Aucun | Fauteuil roulant   | Orthèses amovibles |
| Aides au mode de vie                            | PPC<br>Aucun   | Dentier                        | Lunettes, lentilles de contact ou lunettes de protection   |                    |
| Communications                                  | Appareil auditif   | Appareils de communication     | Langage des signes   | Aucun              |
| Dispositifs médicaux                            | Défibrillateur automatique implantable (DCI)<br>VP Shunt |                                | Dispositif implantable pour la gestion des crises<br>Aucun |                    |
| Avez-vous un régime alimentaire spécifique ?    | Oui  | Non                            | Dans l'affirmative, veuillez préciser :                    |                    |
| Utilisez-vous d'autres appareils fonctionnels ? | Oui  | Non                            | Dans l'affirmative, veuillez préciser :                    |                    |

## Questions Générales sur la Santé

|  |     |     |   |
|--|-----|-----|---|
| Avez-vous une maladie cardiaque ?  | Oui | Non |   |
| Souffrez-vous d'asthme ?   | Oui | Non |   |
| Souffrez-vous d'un diabète qui vous oblige à prendre de l'insuline ?         | Oui | Non |   |
| Avez-vous une déficience visuelle ?  | Oui | Non |   |
| Avez-vous une déficience auditive ?  | Oui | Non |   |
| Souffrez-vous d'un trouble de la coagulation ?                               | Oui | Non |   |
| Un médecin a-t-il déjà limité votre participation au sport ?                 | Oui | Non |   |
| Souffrez-vous d'épilepsie ou de tout type de trouble convulsif ?             | Oui | Non |   |
| Souffrez-vous de drépanocytose ?   | Oui | Non |   |
| Avez-vous déjà subi une commotion cérébrale ?                                | Oui | Non | Si oui, veuillez préciser combien au cours de votre vie :<br>_____  |
|  |     |     | Date du dernier (mm/aaaa) : _____   |
| Avez-vous des problèmes de comportement, de santé mentale et/ou sensoriels ? | Oui | Non | Dans l'affirmative, veuillez préciser :   |
| Avez-vous des allergies graves qui nécessitent l'utilisation d'un EpiPen ?   | Oui | Non | Si oui, veuillez préciser s'il s'agit de l'une des actions suivantes :<br>Piqûres d'insectes                      Médicaments/drogues<br>Nourriture                                      Latex<br>Autre (veuillez préciser) : _____ |

## Médicaments et Traitements - Veuillez énumérer :

Prenez-vous des médicaments ou des traitements sur ordonnance ou en vente libre ? (Y compris les pilules contraceptives, l'insuline, les multivitamines, les injections ou les pilules contre les allergies, EpiPen, les inhalateurs pour l'asthme, les médicaments contre l'épilepsie, les anti-inflammatoires, les suppléments de toutes sortes, etc.)

Oui                      Non

Si oui, veuillez énumérer :

| Nom du médicament, de la vitamine ou du supplément | Dosage | Fois par jour |
|--|--------|---------------|
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |

| Nom du médicament, de la vitamine ou du supplément | Dosage | Fois par jour |
|--|--------|---------------|
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |
|  |        |               |

Nom de la personne qui remplit le formulaire : \_\_\_\_\_

Date du jour (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ce formulaire est-il rempli par quelqu'un d'autre que l'athlète ?                      Oui                      Non

Si oui, veuillez sélectionner la relation avec l'athlète :

Relation avec l'athlète :    Parent/tuteur            Aide            Membre de la famille            Prestataire de soins de santé            Entraîneur            Autre

**Special Olympics encourage tous les participants à passer un examen physique annuel.**

## DÉROGATIONS, DÉCHARGES ET POLITIQUES

Veuillez lire attentivement les informations suivantes et cocher les cases avant de signer.

J'accepte ce qui suit :

1. **Aptitude à participer.** Je suis physiquement capable de participer aux activités de Special Olympics et je respecterai toutes les règles, exigences et codes de conduite applicables.
2. **Décharges pour l'image.** J'autorise Special Olympics, Inc., les Comités d'Organisation de Special Olympics, les Programmes Accrédités de Special Olympics (collectivement, « Special Olympics»), ainsi que les partisans et partenaires officiels de Special Olympics qui ont l'autorisation de Special Olympics, d'utiliser mon image, ma photo, ma vidéo, mon nom, ma voix, mes mots, mes informations biographiques et tout matériel similaire ou connexe (mon « image ») pour promouvoir Special Olympics et recueillir des fonds pour Special Olympics. Je comprends que mon image peut être utilisée dans toutes les formes de médias, dans le cadre de campagnes locales ou mondiales, y compris celles qui sont organisées par des partisans et des partenaires de Special Olympics, mais je comprends que mon image ne sera pas utilisée pour promouvoir des produits ou des services commerciaux. Je comprends que je ne serai pas rémunéré pour l'utilisation de mon image.
3. **Soins d'urgence.** Si je ne suis pas en mesure, ou si mon tuteur n'est pas disponible, de consentir ou de prendre des décisions médicales en cas d'urgence, j'autorise Special Olympics à demander des soins médicaux en mon nom, à moins que je ne coche l'une des cases suivantes :
  - J'ai une objection religieuse ou autre à recevoir un traitement médical.
  - Je ne consens pas aux transfusions sanguines.(Si l'une ou l'autre des cases est cochée, un FORMULAIRE DE REFUS DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE doit être rempli.)
4. **Nuit.** Pour certains événements, un hébergement pour la nuit peut être nécessaire. Si j'ai des questions, je communiquerai avec mon Programme Special Olympics.
5. **Programmes de santé.** Si je participe à un programme de santé, je consens à des activités de santé, à des dépistages et à des traitements. Cela ne devrait pas remplacer les soins de santé réguliers. J'ai le droit de refuser un traitement dans le cadre d'un programme de santé (qui est différent des soins médicaux secondaires ou d'urgence) à tout moment.
6. **Informations personnelles.** Je comprends que Special Olympics recueillera mes renseignements personnels dans le cadre de ma participation, y compris mon nom, mon image, mon adresse, mon numéro de téléphone, des renseignements sur la santé et d'autres renseignements d'identification personnelle et liés à la santé que je fournis à Special Olympics (« renseignements personnels »).

J'accepte et je consens à ce que Special Olympics :

- utilise mes renseignements personnels afin de : m'assurer que je suis admissible et que je peux participer en toute sécurité ; organiser des formations et des événements ; partager les résultats des concours (y compris sur le Web et dans les médias d'information) ; fournir un traitement de santé si je participe à un programme de santé ; analyser les données dans le but d'améliorer les programmes et de cerner les besoins des participants à Special Olympics et d'y répondre ; effectuer des opérations informatiques, de l'assurance qualité, des tests et d'autres activités connexes ; et fournir des services liés à l'événement.
- utilise mes coordonnées pour communiquer avec moi au sujet de Special Olympics.
- partage mes renseignements personnels de manière confidentielle avec (i) des chercheurs tels que des universités et des organismes de santé publique qui étudient les déficiences intellectuelles et l'impact des activités De Special Olympics, (ii) des professionnels de la santé en cas d'urgence, et (iii) les autorités gouvernementales dans le but de m'aider à obtenir les visas requis pour me rendre à des événements internationaux de Special Olympics et à toute autre fin nécessaire pour protéger la sécurité publique, répondre aux demandes du gouvernement et communiquer des renseignements comme l'exige la loi.
- J'ai le droit de demander à voir mes informations personnelles ou d'être informé des informations personnelles qui sont traitées à mon sujet. J'ai le droit de demander la correction et la suppression de mes informations personnelles, et de restreindre le traitement de mes informations personnelles s'il n'est pas conforme à ce consentement.

**Politique de confidentialité.** Les renseignements personnels peuvent être utilisés et partagés conformément au présent formulaire et comme expliqué plus en détail dans la politique de confidentialité de Special Olympics à l'adresse : [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

**SYMPTÔMES DE LA COMPRESSION DE LA MOELLE ÉPINIÈRE et de l'INSTABILITÉ ATANTOAXIALE  
(Pour les athlètes atteints de Trisomie 21 uniquement)**

Si j'ai reçu un diagnostic ou si j'ai ressenti l'un des symptômes suivants qui se sont aggravés au cours des trois dernières années : difficulté à contrôler les intestins ou la vessie ; engourdissement ou picotements dans les jambes, les bras, les mains ou les pieds ; faiblesse dans les bras, les jambes, les mains ou les pieds ; brûleur/dard/pincement nerveux, douleur dans le cou, le dos, les épaules, les bras, les mains, les fesses, les jambes ou les pieds ; spasticité ou paralysie – Je dois obtenir un examen et la permission d'un professionnel de la santé agréé pour m'entraîner ou participer aux activités de Special Olympics.

**RENONCIATION ET DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ / PRISE EN CHARGE DES RISQUES / INDEMNISATION**

En contrepartie de l'autorisation de participer de quelque manière que ce soit aux activités de Special Olympics, le soussigné reconnaît, apprécie et convient que :

1. Bien que des règles particulières et une discipline personnelle puissent réduire ce risque, il existe un risque de maladie (y compris les maladies transmissibles), de blessure (y compris une commotion cérébrale), d'invalidité et de décès ;
2. Si j'observe un danger inhabituel ou important pendant ma présence ou ma participation, je me retirerai de la participation et le porterai immédiatement à l'attention du représentant de Special Olympics le plus proche. et
3. **Je comprends les risques liés à la participation aux activités de Special Olympics. J'accepte et assume pleinement tous les risques et toute responsabilité pour les pertes, les coûts et les dommages que je pourrais encourir à la suite de ma participation. Dans toute la mesure permise par la loi, je dégage et j'accepte de ne pas poursuivre une organisation de Special Olympics, ses administrateurs, agents, bénévoles et employés, d'autres participants, des agences commanditaires, des sponsors, des annonceurs et, le cas échéant, des propriétaires et des locataires des locaux où se déroule une activité de Special Olympics (les « renoncitaires ») en ce qui concerne toute responsabilité, réclamation ou perte sur mon compte causée ou présumée être causée en tout ou en partie par les renoncitaires, même si elle découle de la négligence des renoncitaires. J'ai lu cette disposition de décharge de responsabilité et d'acceptation des risques, je comprends parfaitement ses termes, je reconnais que j'ai renoncé à des droits substantiels en la signant et je la signe librement et volontairement sans aucune incitation. Je conviens en outre que si, malgré cette décharge, moi-même, ou quelqu'un en mon nom, fait une réclamation contre l'un des renoncitaires, j'indemniserai et déguerai de toute responsabilité chacun des renoncitaires à l'égard de ces responsabilités, réclamations ou pertes résultant d'une telle réclamation. J'accepte que si une partie de ce formulaire est jugée invalide, les autres parties resteront pleinement en vigueur.**

Nom de l'athlète : \_\_\_\_\_

**SIGNATURE DE L'ATHLÈTE**

(requis pour les athlètes adultes capables de signer des documents juridiques)

J'ai lu et je comprends ce formulaire. Si j'ai des questions, je les poserai. En signant, j'accepte ce formulaire.

Signature de l'athlète : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR**

(requis pour l'athlète mineur ou inapte à signer des documents juridiques)

Je suis le parent ou le tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire et j'en ai expliqué le contenu à l'athlète le cas échéant. En signant, j'accepte ce formulaire en mon nom et au nom de l'athlète.

Signature du parent/tuteur : \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom imprimé : \_\_\_\_\_ Relation : \_\_\_\_\_

**ÉVALUATION ET RECHERCHE  
(Facultatif)**

Special Olympics veut aider nos athlètes et leurs familles à rester en bonne santé et heureux. Nous pouvons participer à des études de recherche et partagerions des informations pour votre participation potentielle. Toutes les études seront vérifiées par le directeur général de la santé d'Olympiques spéciaux.

Seriez-vous intéressé à en savoir plus sur les études de recherche ?      Oui      Non