

# Регистрационная форма атлета

Заполняется всеми атлетами, участвующими в Специальной Олимпиаде.

Special Olympics



Местная программа Специальной Олимпиады: \_\_\_\_\_

Вы новый атлет в Специальной Олимпиаде? **Да** **Нет**

## Информация об атлете - заполняется атлетом или родителем/опекуном/попечителем.

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Отчество: \_\_\_\_\_  
Дата рождения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Пол: Женский Мужской Я предпочитаю не отвечать  
Электронная почта: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильный Стационарный  
Домашний адрес: \_\_\_\_\_ Страна: \_\_\_\_\_

## Информация о родителе/опекуне - заполняется, если атлет несовершеннолетний или имеет законного опекуна.

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Степень родства с атлетом: \_\_\_\_\_  
Электронная почта: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильный Стационарный  
Домашний адрес: \_\_\_\_\_ Страна: \_\_\_\_\_

## Контактная информация для экстренных случаев *То же, что родитель/опекун*

Имя: \_\_\_\_\_ Фамилия: \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_ Мобильный Стационарный  
Степень родства с атлетом: Родитель/опекун Попечитель Член семьи Мед.работник Тренер Другой

## Сопутствующие заболевания – обязательно к заполнению

Сопутствующие заболевания <b>Отметьте все, что применимо:</b>	Аутизм	Церебральный паралич	Синдром Дауна	Фетальный алкогольный синдром
	Синдром Марфана	Спина Бифида	Эпилепсия	Синдром ломкой X-хромосомы
	Другое	Неизвестно		
Пожалуйста, укажите другие известные диагнозы умственной отсталости:				

## Вспомогательные устройства и приспособления - Используйте ли вы что-либо из нижеперечисленного? Отметьте все, что применимо:

Передвижение	Ходунки Протез	Корсет или костыли Ничего	Инвалидное кресло	Съемный ортез
Вспомогательные средства для образа жизни	СИПАП Ничего	Зубные протезы	Очки, контактные линзы или защитные очки	
Коммуникация	Слуховой аппарат	Устройства связи	Язык жестов	Ничего
Медицинские устройства	Имплантируемый сердечно-сосудистый дефибриллятор ВП Шунт	Кардиостимулятор	Имплантируемое устройство для купирования припадков Ничего	

Есть ли у вас особые диетические потребности?	Да	Нет	Если «Да», пожалуйста, укажите какие:
Используете ли вы другие вспомогательные устройства?	Да	Нет	Если «Да», пожалуйста, укажите какие:

## Общие вопросы о здоровье

Есть ли у вас проблемы с сердцем?	Да	Нет
Есть ли у вас астма?	Да	Нет
Есть ли у вас диабет, который требует приема инсулина?	Да	Нет
Есть ли у вас проблемы со зрением?	Да	Нет
Есть ли у вас нарушение слуха?	Да	Нет
Есть ли у вас нарушение свертываемости крови?	Да	Нет
Ограничивал ли когда-либо врач ваши занятия спортом?	Да	Нет
Есть ли у вас эпилепсия или какой-либо другой тип судорожного расстройства?	Да	Нет
Есть ли у вас серповидноклеточная анемия?	Да	Нет

Была ли у вас когда-нибудь травма головы или сотрясение мозга?	Да	Нет	Если да, укажите количество травм головы/сотрясений мозга: _____ Дата последней травмы головы/сотрясения мозга (мм/год): _____
Есть ли у вас проблемы с поведением, психическим здоровьем и/или сенсорные нарушения?	Да	Нет	Если «Да», пожалуйста, укажите какие:
Есть ли у вас сильная аллергия, которая требует использования EpiPen?	Да	Нет	Если «Да», пожалуйста, укажите, есть ли среди них следующее: Укусы насекомых                      Лекарства/препараты Еда    Латекс Другое (пожалуйста, укажите): _____

## Лекарства и лечение - Перечислите, пожалуйста:

Принимаете ли вы какие-либо рецептурные или безрецептурные лекарства или процедуры? (Включая противозачаточные таблетки, инсулин, поливитамины, уколы или таблетки от аллергии, EpiPen, ингаляторы от астмы, лекарства от эпилепсии, противовоспалительные препараты, добавки любого рода. и т. д.)

Да                      Нет

### Если «Да», то перечислите:

Название лекарства, витамина или добавки	Дозировка	Количество раз в день

Название лекарства, витамина или добавки	Дозировка	Количество раз в день

ФИО лица, заполняющего форму: \_\_\_\_\_

Дата заполнения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Эта форма была заполнена кем-то другим, кроме атлета?                      Да                      Нет

Если «Да», пожалуйста, укажите степень родства с атлетом:

Степень родства с атлетом:      Родитель/опекун      Попечитель      Член семьи      Мед.работник      Тренер      Другой

**Специальная Олимпиада призывает всех участников проходить ежегодный медосмотр.**

## ОТКАЗЫ ОТ ПРАВ, ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ И ПОЛИТИКИ

Пожалуйста, полностью прочитайте следующую информацию и поставьте галочки перед подписанием.

Я соглашаюсь со следующим:

- А. Возможность участия.** Я физически способен принимать участие в мероприятиях Специальной Олимпиады и буду соблюдать все применимые правила, требования и кодексы поведения.
- Б. Разрешение на использование изображения.** Я разрешаю Специальной Олимпиаде, Инк., оргкомитету игр Специальной Олимпиады, аккредитованным программам Специальной Олимпиады (далее «Специальная Олимпиада»), а также официальным сторонникам и партнерам Специальной Олимпиады, имеющим разрешение Специальной Олимпиады, использовать мое изображение, фото, видео, имя, голос, слова, биографическую информацию и аналогичные или связанные материалы («мое изображение») для рекламы Специальной Олимпиады и сбора средств для Специальной Олимпиады. Я понимаю, что мое изображение может быть использовано во всех видах средств массовой информации в рамках местных или глобальных кампаний - в том числе сторонниками и партнерами Специальной Олимпиады, - но понимаю, что мое изображение не будет использоваться для рекламы коммерческих товаров или услуг. Я понимаю, что мне не будет выплачена компенсация за использование моего изображения.
- В. Неотложная помощь.** Если я не могу или мой опекун не в состоянии дать согласие или принять медицинское решение в экстренной ситуации, я разрешаю Специальной Олимпиаде обратиться за медицинской помощью от моего имени, если только я не отмечу один из нижеследующих пунктов:
- У меня есть религиозные или иные возражения против получения медицинской помощи.
- Я не даю согласия на переливание крови.
- (Если отмечено одно из полей, необходимо заполнить ФОРМУ ОТКАЗА ОТ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.)
- Г. Проживание с ночевкой.** Для некоторых мероприятий может потребоваться проживание с ночевкой. Если у меня возникнут вопросы, я обращусь в свою программу Специальной Олимпиады.
- Д. Программы здравоохранения.** Если я участвую в программе здравоохранения, я даю согласие на проведение медицинских мероприятий, обследований и лечений. Это не должно заменять обычную медицинскую помощь. Я имею право в любое время отказаться от лечения в рамках программ здравоохранения (что отличается от сопутствующей или неотложной медицинской помощи).
- Е. Личная информация.** Я понимаю, что Специальная Олимпиада будет собирать мои персональные данные в рамках моего участия, включая мое имя, изображение, адрес, номер телефона, информацию о состоянии здоровья и другую личную и связанную со здоровьем информацию, которую я предоставляю Специальной Олимпиаде («личная информация»).

Я согласен и даю согласие Специальной Олимпиаде:

- использовать мою личную информацию для того, чтобы: убедиться, что я соответствую требованиям и могу безопасно участвовать; проводить тренировки и мероприятия;
- использовать мою личную информацию для того, чтобы: убедиться, что я имею право на участие и могу безопасно участвовать; проводить тренировки и мероприятия; делиться результатами соревнований (в том числе в Интернете и в новостных СМИ); предоставлять медицинское обслуживание, если я участвую в медицинской программе; анализировать данные в целях совершенствования программирования и выявления и удовлетворения потребностей участников Специальной Олимпиады; выполнять компьютерные операции, контроль качества, тестирование и другие связанные с этим действия; и предоставлять услуги, связанные с проведением мероприятий.
- использовать мою контактную информацию для связи со мной по вопросам Специальной Олимпиады.
- конфиденциально предоставить мою личную информацию (i) исследователям, таким как университеты и учреждения общественного здравоохранения, которые изучают интеллектуальные нарушения и влияние мероприятий Специальной Олимпиады, (ii) медицинским работникам в чрезвычайных ситуациях и (iii) государственным органам с целью оказания мне помощи в получении виз, необходимых для международных поездок на мероприятия Специальной Олимпиады, и для любых других целей, необходимых для защиты общественной безопасности, отвечать на запросы государственных органов и сообщать информацию в соответствии с требованиями законодательства.
- Я имею право попросить ознакомиться с моими персональными данными или получить информацию о персональных данных, которые обрабатываются обо мне. Я имею право требовать исправления и удаления моих персональных данных, а также ограничивать обработку моих персональных данных, если это не соответствует настоящему согласию.

**Политика конфиденциальности.** Личная информация может быть использована и передана в соответствии с этой формой и в соответствии с политикой конфиденциальности Специальной Олимпиады в [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

**СИМПТОМЫ КОМПРЕССИИ СПИННОГО МОЗГА и АТЛАНТОАКСИАЛЬНОЙ НЕСТАБИЛЬНОСТИ  
(Только для атлетов с синдромом Дауна)**

Если у меня (или у атлета) были диагностированы или наблюдались следующие симптомы, которые усилились за последние три года: трудности с контролем кишечника или мочевого пузыря; онемение или покалывание в ногах, руках, кистях или стопах; слабость в руках, ногах, кистях или стопах; боль в шее, спине, плечах, руках, кистях, ягодицах, ногах или ступнях; спастичность или паралич - я должен получить заключение и разрешение уполномоченного врача на тренировки и/или участие в мероприятиях Специальной Олимпиады.

**ОТКАЗ И ОСВОБОЖДЕНИЕ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ / ПРИНЯТИЕ РИСКА / ВОЗМЕЩЕНИЕ УЩЕРБА**

Принимая во внимание разрешение на участие в мероприятиях Специальной Олимпиады в любой форме, нижеподписавшийся признает, ценит и соглашается с тем, что:

- A. В то время как определенные правила и личная дисциплина могут снизить этот риск, риск заболевания (включая инфекционные заболевания), травмы (включая сотрясение мозга), инвалидности и смерти все же существует;
- B. Если я замечу какую-либо необычную или значительную опасность во время моего присутствия или участия, я отстранюсь от участия и немедленно сообщу об этом ближайшему представителю Специальной Олимпиады; и
- B. **Я понимаю риски, связанные с участием в мероприятиях Специальной Олимпиады. Я полностью принимаю и беру на себя все риски и всю ответственность за потери, расходы и ущерб, которые могут возникнуть в результате моего участия. В полном соответствии с законом я освобождаю и соглашаюсь не подавать в суд на любую организацию Специальной Олимпиады, ее директоров, агентов, волонтеров и сотрудников, других участников, спонсорские агентства, спонсоров, рекламодателей и, если применимо, владельцев и арендодателей помещений, в которых проводятся мероприятия Специальной Олимпиады («Освобожденные от ответственности») в связи с любыми обязательствами, претензиями или убытками на мой счет, вызванными или предположительно вызванными полностью или частично Освободителями, даже если они возникли в результате халатности Освободителей. Я прочитал данное положение об освобождении от ответственности и принятии риска, полностью понимаю его условия, признаю, что я отказался от существенных прав, подписав его, и подписываю его свободно и добровольно, без какого-либо побуждения. Я также соглашаюсь, что если, несмотря на данное освобождение, я или кто-либо от моего имени предъявит претензии к кому-либо из Освобожденному от ответственности, я возмещу ущерб и огражу каждого из Освобожденных от ответственности от любых обязательств, претензий или убытков в результате такой претензии. Я соглашаюсь с тем, что если какая-либо часть данной формы будет признана недействительной, остальные части останутся в полной силе и действии.**

Имя атлета: \_\_\_\_\_

**ПОДПИСЬ АТЛЕТА**

(требуется для совершеннолетнего атлета, способного подписывать юридические документы)

Я прочитал(а) и понял(а) эту форму. Если у меня будут вопросы, я спрошу. Подписываясь, я соглашаюсь с этой формой.

Подпись атлета: \_\_\_\_\_

Дата (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА**

(требуется для атлета, который является несовершеннолетним или не способен подписывать юридические документы)

Я являюсь родителем или опекуном атлета. Я прочитал(а) и понял(а) эту форму и объяснил(а) ее содержание атлету по мере необходимости. Подписываясь, я соглашаюсь с этой формой от своего имени и от имени атлета.

Подпись родителя/опекуна: \_\_\_\_\_

Дата (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Печатное название: \_\_\_\_\_

Степень родства: \_\_\_\_\_

**АНАЛИЗ И ИССЛЕДОВАНИЯ  
(Дополнительный)**

Специальная Олимпиада хочет помочь нашим атлетам и их семьям оставаться здоровыми и счастливыми. Мы можем принимать участие в научных исследованиях и хотели бы поделиться информацией о вашем потенциальном участии. Все исследования будут проверяться главным специалистом по здравоохранению Специальной Олимпиады.

Интересно Вам или вашей семье узнать о научных исследованиях?

Да

Нет