



برنامج الأولمبياد الخاص المحلي:

معلومات الرياضي - يتم استكمالها من قبل الرياضي أو الأهل/ الوصي/ مقدم الرعاية.

الاسم الأول: _____ اسم الأب: _____ الاسم العائلة: _____

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____/_____/_____ النوع: أنثى ذكر أفضل عدم الإجابة

عنوان المنزل: _____ الدولة: _____

رقم الهاتف: _____ هاتف محمول هاتف ارضي

هل طرأت أي تغييرات على تاريخك الصحي في العام الماضي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إكمال قسم التاريخ الصحي. إذا كانت الإجابة لا، يرجى إكمال قسم التوقيع.

استخدام الأولمبياد الخاص فقط:

رقم التعريف للرياضي: _____

التاريخ الصحي			
الأجهزة الصحية و/أو مساعدات التنقل التي يمتلكها الرياضي وقد يستخدمها خلال المشاركة في الأولمبياد الخاص تشمل:	جهاز CPAP	نظارات/عدسات لاصقة/نظارات واقية	جهاز قابل للزرع لإدارة نوبات الصرع
	الأطراف الصناعية	سماعة أذن/جهاز اتصال	كرسي متحرك/مشاية/دعامات الساق
	أطقم أسنان	جهاز تنظيم ضربات القلب/مزيل الرجفان القلبي القابل للزرع	تحويل VP
	لا شيء	أخرى: _____	
ضع قائمة بأي حساسية و / أو متطلبات غذائية:			

أسئلة الصحة العامة:			
هل لديك مرض في القلب؟		نعم	لا
هل لديك الربو؟		نعم	لا
هل سبق أن تعرضت لإصابة في الرأس أو ارتجاج؟		نعم	لا
هل لديك داء السكري؟		نعم	لا
هل لديك ضعف في البصر؟		نعم	لا
هل لديك ضعف في السمع؟		نعم	لا
هل لديك اضطراب نزيف الدم؟		نعم	لا
هل تعاني من الصرع أو أي نوع من اضطرابات النوبات؟			
هل لديك حالات سلوكية و / أو حسية يمكن أن تؤثر على مشاركتك / مشاركة الآخرين؟			

إذا كانت الإجابة بنعم على أي من الأسئلة الصحية العامة المذكورة أعلاه، يرجى تقديم تفاصيل إضافية:

الأدوية والعلاج			
هل حدثت أي تغييرات على الوصفات الطبية أو الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية أو العلاجات؟			
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر ما يلي:			
اسم الدواء أو الفيتامينات أو المكملات الغذائية	جرعة	عدد المرات في اليوم	

هل لديك حساسية شديدة تتطلب استخدام EpiPen؟	نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد ما إذا كان الأمر يتعلق بأي مما يلي:	
للسعات الحشرات	الأدوية / الأدوية
طعام	اللاتكس
أخرى (يرجى التحديد): _____	

أقر بأن المعلومات المقدمة في هذا النموذج حقيقية وصحيحة على حد علمي.

التوقيع: _____	التاريخ: _____
هل يتم إكمال هذا النموذج من قبل شخص آخر غير الرياضي؟	نعم لا
إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد العلاقة بالرياضي:	
الأهل / الوصي	مقدم الرعاية / فرد آخر من أفراد الأسرة
مقدم الرعاية الصحية	آخر: _____