



FORMULAIRE DE REFUS DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Instructions : Ne remplissez ce formulaire de refus médical d'urgence (le « formulaire ») que si vous ne consentez pas à des soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres et que vous avez coché une case sous la disposition sur les soins d'urgence sur le formulaire d'inscription des athlètes de Special Olympics (le « Formulaire d'Inscription des Athlètes »).

Je suis un athlète de Special Olympics et j'ai la capacité de signer des documents juridiques en mon propre nom et j'accepte ce qui suit ; ou je suis le Parent/Tuteur de l'athlète nommé ci-dessous qui est mineur ou qui n'a pas la capacité de signer des documents juridiques et d'accepter ce qui suit en son nom.

1. **Pas de consentement aux soins médicaux d'urgence.** Je comprends que le Formulaire d'Inscription de l'athlète exige que les athlètes ou leurs Parents/Tuteurs consentent à des soins médicaux d'urgence pour un athlète si nécessaire en cas d'urgence. Sur la base de mes croyances religieuses et/ou d'autres raisons, **JE NE CONSENS PAS** à des soins médicaux d'urgence en cas d'urgence.

VOUS DEVEZ COCHER LA CASE ET ÉCRIRE VOS INITIALES À CÔTÉ D'UNE DÉCLARATION POUR CONFIRMER VOTRE INTENTION DE NE PAS CONSENTIR À DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE :

- JE NE CONSENS À AUCUN TYPE DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE, MÊME EN CAS D'URGENCE VITALE.
INITIALES: _____

JE NE CONSENS PAS AUX TRANSFUSIONS SANGUINES, MÊME EN CAS D'URGENCE VITALE. JE CONSENS À TOUS LES AUTRES TYPES DE SOINS MÉDICAUX D'URGENCE. **INITIALES:** _____

2. **l'acceptation du risque ; Renonciation et décharge de responsabilité ; Indemnisation.** Je comprends les risques liés à la participation aux activités de Special Olympics et j'accepte et assume pleinement tous les risques et toute responsabilité à l'égard des pertes, des coûts et des dommages que je pourrais subir en raison de ma participation. En cochant une ou plusieurs des cases et en ajoutant mes initiales à l'article 1 ci-dessus, dans toute la mesure permise par la loi, je décharge et j'accepte de ne pas poursuivre SOI, tout Programme Special Olympics (un « programme » ou « programmes »), tout Comité d'Organisation Local ou toute autre organisation Special Olympics, ou leurs administrateurs, agents, bénévoles et employés, autres participants, les agences parrainantes, les sponsors, les annonceurs et, le cas échéant, les propriétaires et les locataires des locaux (collectivement, les « renonciataires ») pour toute réclamation pouvant découler de la prise ou de l'omission de prendre des mesures pour me fournir des soins médicaux d'urgence, même si elles découlent de la négligence des renonciataires. J'accepte cette décharge et je reconnais que j'ai renoncé à des droits substantiels, parce que j'ai refusé, sciemment et volontairement, sans incitation, de donner aux renonciataires la permission de prendre des mesures d'urgence, et je refuse expressément de consentir à des soins médicaux d'urgence pour des motifs religieux ou autres. Je conviens en outre que si, malgré cette décharge, moi-même ou toute personne en mon nom présentons une réclamation contre l'un des renonciataires, j'indemniserai et dégagerai de toute responsabilité chacun des renonciataires à l'égard de ces responsabilités, réclamations ou pertes résultant de cette réclamation. J'accepte que si une partie de ce formulaire est jugée invalide, les autres parties resteront pleinement en vigueur.
3. **Instructions imprimées.** Je m'engage à avoir sur moi des instructions imprimées qui décrivent mes objections religieuses ou autres aux soins médicaux d'urgence décrits dans le présent formulaire et la façon dont je souhaite que la personne qui m'accompagne réagisse si je tombe malade ou me blesse et que je ne

peux pas parler pour moi-même. Je m'engage à avoir ces instructions imprimées sur moi en tout temps pendant ma participation à toute activité de Special Olympics, y compris pendant les repas, l'hébergement, les séances d'entraînement et les compétitions, et pendant les déplacements pour se rendre aux activités de Special Olympics et en revenir.

4. **Accompagnement par un parent ou un tuteur.** Je comprends que je dois être accompagné d'un parent ou d'un tuteur pour que cette personne puisse assumer la responsabilité personnelle de moi en cas d'urgence médicale dans laquelle je ne suis pas en mesure de parler pour moi-même.
5. **Soins médicaux d'urgence si l'athlète n'est pas accompagné.** Je comprends que si je n'ai pas les instructions imprimées sur moi ou si le parent ou le tuteur qui m'accompagne n'est pas présent et n'assume pas activement la responsabilité personnelle me concernant lors d'une urgence médicale où je ne suis pas en mesure de parler pour moi-même, Special Olympics peut demander des soins médicaux d'urgence pour moi, selon les recommandations des professionnels de la santé qui interviennent en cas d'urgence. Je renonce à toute réclamation contre les renoncataires s'ils demandent des soins d'urgence pour moi.

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 : _____