



拒绝紧急医疗书 – 由父母或监护人完成

(由无签署法律文件能力的运动员的父母或监护人完成)

说明： 只有在您因为宗教或其他原因而不同意接受紧急医疗护理，且已阅读运动员授权协议书上的紧急医疗条款的情况下，才能完成此表格。

本人是下述运动员的父母/监护人，我同意以下内容：

1. **不同意接受紧急医疗护理。** 我了解，在紧急情况下如有需要，特殊奥林匹克的标准登记表格要求运动员或其父母或监护人同意对运动员进行紧急医疗护理。基于宗教信仰或其他原因，我不同意接受紧急医疗护理。

您必须勾选此项，并在此声明旁边签署您的姓名首字母大写以作确认：

我不同意接受任何形式的医疗护理，即使我面临生命危险。首字母大写：_____

我不同意接受输血，即使我面临生命危险。我同意接受所有其他形式的紧急医疗护理。首字母大写：_____

2. **运动员的陪伴。** 我了解我必须陪伴运动员左右，以防在任何医疗紧急情况下，我需要为运动员负责，代表其拒绝接受医疗护理。这包括就餐时间、夜间住宿期间、培训阶段和竞赛活动，以及前往特殊奥林匹克活动的途中和从特殊奥林匹克活动返回的途中。
3. **如果运动员没有人员陪伴则应接受紧急医疗护理。** 我知晓在任何紧急医疗情况下，如果我没有陪伴运动员并积极为其负责，特殊奥林匹克可能根据医疗专业人员的建议对运动员采取紧急医疗护理措施。
4. **免责。** 本人代表自己和运动员表示，特殊奥林匹克及其雇员、志愿者对运动员采取或不采取紧急医疗护理措施的任何决定，我都不追究其责任。我同意此免责条款，是因为我在自愿且已知的情况下拒绝特殊奥林匹克对我采取医疗措施，并且我因为宗教或其他原因已明确表示不同意接受紧急医疗护理。在此表格中，“特殊奥林匹克”表示所有特殊奥林匹克组织。

运动员姓名：	电子邮箱：
父母/监护人签名	
本人是运动员的父母或监护人。我已阅读并了解此表格，已酌情向运动员解释表格内容。签署姓名后，我即代表自己和运动员同意此表格内容。此免责条款对本人、运动员及我们各自继任者和法定代表都具有约束力。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：