CLASE B REGISTRO

DE VOLUNTARIOS

**Los Voluntarios de Clase B** son voluntarios que solo tienen contacto limitado con atletas o que tienen contacto con atletas acompañados por entrenadores y acompañantes. Los voluntarios con actividades y responsabilidades más intensivas deben completar el registro de Voluntarios Clase A.

**Programa de Olimpiadas Especiales Locales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL VOLUNTARIO (A)** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | **Apellidos:** | |
| **Fecha de Nacimiento** **(dd/mm/aaaa):** | | | | **Femenino** **Masculino** | |
| **Dirección:** | | | | | |
| **Ciudad:** | | | | **Estado:** | **Código Postal:** |
| **Teléfono:** | | | | **Correo Electrónico:** | |
| **Raza/Origen étnico (opcional):** | | | | | |
| Nativo de Alaska / Indio Americano  Afroamericano o Negro  Blanco | | | Asiático  Mestizo (dos o más Razas)  Nativo de Hawaii o de otra de las Islas del Pacífico  Hispano o Latino (especifica el grupo de origen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | |
| **Idioma (s) (opcional):**Marca todos los que correspondan | | | | | |
| ☐ Inglés | ☐ Español | ☐ Otro(s) (por favor especifícalo(s): | | | |
| **INFORMACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR (obligatorio si es menor de edad o requiere de un tutor legal)** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | |
| **Relación:** | | | | | |
| **La Misma Información de Contacto que el Voluntario** | | | | | |
| **Dirección:** | | | | | |
| **Ciudad:** | | | | **Estado:** | **Código Postal:** |
| **Teléfono:** | | | | **Correo Electrónico:** | |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** | | | | | |
| **La misma del Familiar o Tutor** | | | | | |
| **Nombre:** | | | | | |
| **Teléfono:** | | | | | |
| **Relación:** | | | | | |

CLASE B REGISTRO DE VOLUNTARIOS

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

1. **Capacidad de Participar.** Tengo la aptitud física suficiente para participar en las actividades de los Juegos Olimpiadas Especiales. Sé que existe riesgo de sufrir lesiones.
2. **Liberación de Semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los juegos de Olimpiadas Especiales / comités de organización locales, a los Programas acreditados de Olimpiadas Especiales (colectivamente “Olimpiadas Especiales”) ya los socios y patrocinadores de Olimpiadas Especiales a usar mi imagen, video, nombre, voz y palabras. e información biográfica para promover Olimpiadas Especiales, recaudar fondos para Olimpiadas Especiales y reconocer el apoyo de socios y patrocinadores para Olimpiadas Especiales.
3. **Cuidados de Emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para consentir o tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Special Olympics a buscar atención médica en mi nombre.
4. **Información Personal.** Entiendo que Special Olympics recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcioné a Special Olympics ("información personal") .

* Autorizo, con conocimiento, a Olimpiadas Especiales a:
  + usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir los resultados de la competencia (incluso en la web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar los datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
  + usando mi información de contacto para comunicarme conmigo sobre Olimpiadas Especiales.
  + compartir mi información personal con (i) profesionales médicos en caso de emergencia, y (ii) autoridades gubernamentales para cualquier propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes gubernamentales e informar información según lo exige la ley.
* Tengo el derecho de solicitar ver mi información personal o ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo el derecho de pedir que se corrija y elimine mi información personal, y de restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.
* *Política de Privacidad.* La información personal podrá ser usada y compartida de manera consistente con este formulario y según es explicado además en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

1. **Exención de Responsabilidad.** Entiendo los riesgos involucrados con la participación en actividades de Olimpiadas Especiales. Acepto y asumo todos los riesgos y toda la responsabilidad por pérdidas, costos y daños en los que pueda incurrir como resultado de mi participación. Libero y acepto no demandar a ninguna organización de Olimpiadas Especiales, sus directores, agentes, voluntarios y empleados, y otros participantes ("Exoneración") relacionados con responsabilidades, reclamos o pérdidas en mi cuenta causadas o supuestamente causadas en su totalidad. o en parte por los lanzamientos. Además, acepto que, a pesar de esta divulgación, yo, o cualquier otra persona en mi nombre, presentamos una reclamación contra cualquiera de las Divulgaciones, indemnizaré y mantendré a salvo a cada una de las Exenciones de cualesquiera responsabilidades, reclamaciones o pérdidas como resultado de tal reclamo Estoy de acuerdo en que si alguna parte de este formulario se considera inválida, las otras partes continuarán en pleno vigor y efecto.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:** | |
| **FIRMA DEL VOLUNTARIO** (obligatorio para adultos mayores de edad con capacidad de firmar documentos legales) | |
| He leído y comprendo este formulario. Si tengo alguna pregunta, la preguntaré. Al firmar, acepto este formulario. | |
| **Firma del Voluntario:** | **Fecha:** |
| **FIRMA DEL FAMILIAR O TUTOR** (obligatorio para participantes menores de edad o sin capacidad de firmar documentos legales) | |
| Soy un padre o tutor del participante. He leído y entiendo este formulario y he explicado los contenidos al participante según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en nombre del participante. | |
| **Firma del Padre / Tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre Impreso:** | **Relación:** |