INSCRIPTION DES BÉNÉVOLES

& PARTENAIRES INSCRIPTION

DU PARTENAIRE

**Programme local de Special Olympics : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Type d'inscription (cochez l'un ou l'autre ou les deux): ☐ Bénévole ☐ Partenaire Unifié**

**Êtes-vous un nouveau ou est-ce une réinscription ? ☐ Nouveau ☐ Réinscription**

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE BÉNÉVOLE/PARTENAIRE UNIFIÉ** | |
| **Prénom :** | **Nom de famille :** |
| **Date de Naissance** **(jj/mm/aaaa) :** | **Femme** **Homme** |
| **Adresse :** | |
| **Téléphone :** | **E-mail :** |
| **Sports / Activités :** | |
| **Race/Ethnie (facultatif) :** | **Langue(s) préférée(s) (facultatif) :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS SUR LE PARENT/TUTEUR** (requis si le participant est mineur ou a un tuteur légal) | | |
| **Nom :** | | **Relation :** |
| **Mêmes que les informations ci-dessus** | **Adresse :** | |
| **Téléphone :** | | **Courriel :** |

|  |
| --- |
| **COORDONNÉES EN CAS D'URGENCE  Mêmes que le parent/tuteur** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom :** | **Relation :** | **Téléphone :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **INFORMATIONS DE BASE (requises pour les participants de 16 ans et plus)** | | |
| **Consommez-vous des drogues illégales ?** | | Oui Non |
| **Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle** | | Oui Non |
| **Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de négligence, de violence ou de voies de fait ?** | | Oui Non |
| **Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué dans une province ou un territoire ?** | | Oui Non |
| **Si vous avez répondu "oui" à l'une ou l'autre de ces questions, veuillez fournir les détails :** | | |
| **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** | **\*\*Les antécédents médicaux sont recueillis en cas d'urgence.  Il incombe à chaque participant de déterminer s'il est physiquement apte à participer à l'événement.** | |
| **Veuillez cocher si vous souffrez de l'une ou l'autre des affections suivantes et fournir des détails :** | | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Besoins alimentaires spéciaux : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Allergies : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Appareil d'Assistance ou prothèse : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tension artérielle élevée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Problèmes cardiaques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Asthme/Problèmes respiratoires : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Problèmes de santé mentale : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Épilepsie ou troubles convulsifs : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Troubles neurologiques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Diabète : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Drépanocytose/Trait drépanocytaire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Infections chroniques : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Organe manquant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Autres problèmes de santé : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | **Veuillez utiliser cet espace pour ajouter toute information supplémentaire sur votre état de santé que vous voulez faire connaitre à Special Olympics :** | | | | | | | | **Veuillez énumérer tous les médicaments, vitamines ou compléments alimentaires ci-dessous :** | | | | | | | | **Nom du médicament** | **Dose** | **Nombre de fois par jour** | **Nom du médicament** | | **Dose** | **Nombre de fois par jour** | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | |

BÉNÉVOLES & PARTENAIRES UNIFIES

INSCRIPTION DE PARTENAIRE UNIFIÉ

J'accepte ce qui suit :

1. **Aptitude à participer.** Je suis physiquement apte à participer aux activités de Special Olympics.
2. **Autorisation de Publication de l'image.** Je donne la permission à Special Olympics, Inc., aux Jeux/Comités d'Organisation de Jeux de Special Olympics et aux Programmes accrédités de Special Olympics (collectivement « Special Olympics ») et aux partenaires et sponsors de Special Olympics d'utiliser mon image, mes photos, mes vidéos, mon nom, ma voix et mes propos afin de promouvoir Special Olympics, de recueillir des fonds pour Special Olympics et de reconnaitre le soutien des partenaires et sponsors de Special Olympics.
3. **Risque de commotion et autres blessures.** Je suis conscient qu'il y a un risque de blessure. Je suis conscient du risque qu'il y a à continuer à faire du sport avec ou après une blessure. Je pourrais avoir des soins médicaux si l'on suspecte que j'ai une commotion cérébrale ou une autre blessure. Je devrais attendre 7 jours ou plus et obtenir la permission d'un médecin avant de recommencer à faire du sport.
4. **Soins d'urgence.** Si je suis dans l'incapacité, ou que mon tuteur n'est pas disponible, pour consentir ou pour prendre des décisions médicales en cas d'urgence, j'autorise Special Olympics à rechercher des soins médicaux en mon nom.
5. **Programmes de santé.** Si je participe à un programme de santé en tant que participant, j'accepte les activités, examens et traitements de santé. Cela ne devrait pas remplacer les soins de santé réguliers. Je peux refuser un traitement ou tout autre chose à tout moment.
6. **Renseignements Personnels.** Je comprends que Special Olympics recueillera mes renseignements personnels dans le cadre de ma participation, y compris mon nom, image, adresse, numéro de téléphone, informations de santé et d'autres informations personnelles ainsi que les informations personnelles relatives à mon état de santé que je fournirai à Special Olympics (« renseignements personnels »). L'organisation responsable de la protection de mes renseignements personnels en vertu des lois sur la protection des données est mon Programme national Special Olympics accrédité (coordonnées à l'adresse [www.SpecialOlympics.org/Programs](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)). Special Olympics, Inc. et les Comités Locaux d'Organisation des Jeux de Special Olympics seront également responsables de la protection de mes renseignements personnels s'ils leur sont communiqués.

* Je comprends que Special Olympics utilise mes renseignements personnels afin de : s'assurer que je suis admissible et que je peux participer en toute sécurité ; exécuter des entraînements et des événements ; partager les résultats de la compétition (y compris sur le Web et dans les médias) ; fournir un traitement de santé si je participe à un programme de santé ; analyser les données dans le but d'améliorer la programmation et d'identifier et de répondre aux besoins des participants de Special Olympics ; effectuer des opérations informatiques, assurer la qualité, tester et d'autres activités connexes ; et fournir des services liés aux événements.
* Je comprends que Special Olympics peut divulguer mes renseignements personnels à (i) des professionnels de la santé en cas d'urgence, et (ii) des autorités gouvernementales dans le but de m'aider pour les visas requis pour les voyages internationaux nécessaires pour participer aux événements Special Olympics et à toute autre fin nécessaire pour protéger la sécurité publique, répondre aux demandes du gouvernement et signaler les informations requises par la loi.
* Je comprends que Special Olympics est une organisation mondiale ayant son siège aux États-Unis d'Amérique. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être stockés et traités dans des pays extérieurs à mon pays de résidence, y compris aux États-Unis. Ces pays peuvent ne pas avoir le même niveau de protection des données personnelles que mon pays de résidence.
* J'ai le droit de demander de voir mes renseignements personnels ou d'être informé des renseignements personnels traités à mon sujet. J'ai le droit de demander de corriger, supprimer et restreindre le traitement de mes renseignements personnels. J'ai également le droit de faire envoyer mes renseignements personnels à une autre organisation à ma demande. J'ai le droit de déposer une plainte auprès d'une autorité locale de protection des données.
* *Politique de confidentialité.* Les renseignements personnels peuvent être utilisés et partagés conformément à ce formulaire et, comme expliqué plus en détail dans la politique de confidentialité de Special Olympics au lien suivant [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).

1. **Autorisation de vérification des antécédents. [S'APPLIQUE UNIQUEMENT AUX ADULTES]** J'autorise Special Olympics à vérifier mes antécédents. Cette vérification des antécédents peut être effectuée par un tiers. La vérification des antécédents peut comprendre une enquête sur mon emploi, mes études, ma conduite ou mes antécédents criminels. Je comprends que Special Olympics peut se fier aux renseignements fournis ou découverts pour déterminer si je peux participer aux activités de Special Olympics. En apposant ma signature ci-dessous, j'autorise les enquêteurs à effectuer une vérification de mes antécédents tel que décrits dans ce formulaire. J'autorise en outre tout tiers ou organisme qui pourrait être en possession des renseignements demandés à divulguer ces renseignements dans le cadre de cette vérification des antécédents.
2. **Renonciation et Décharge de responsabilité.** Je saisis l'ampleur des risques associés à la participation aux activités de Special Olympics. J'accepte et assume entièrement la responsabilité pour tout risque, toute perte, et tous les coûts et dommages que je pourrais subir en raison de ma participation. Je renonce et accepte de ne poursuivre aucun organisme de Special Olympics, ses directeurs, agents, bénévoles, employés et autres participants (les "renonciataires") relativement à toute responsabilité, réclamation ou perte sur mon compte causée ou présumée être causée en tout ou en partie par les renonciataires. Je conviens en outre que si, malgré la présente renonciation, moi, ou quiconque en mon nom, présente une réclamation contre l'un ou l'autre des renonciataires, je m'engage à indemniser et à dégager chacun des renonciataires de toute responsabilité, réclamation ou perte découlant d'une telle réclamation. J'accepte que si une partie quelconque de ce formulaire est jugée invalide, les autres parties resteront pleinement en vigueur.

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom :** | |
| **J'autorise Special Olympics à (merci de cocher) :**   * **Utiliser mes coordonnées pour m'envoyer des documents marketing sur Special Olympics.** * **Partager mes renseignements personnels de manière confidentielle avec des chercheurs, tels que des universités ou des organismes de santé publique, qui étudient les handicaps intellectuels et l'impact des activités de Special Olympics.** | |
| **SIGNATURE DU PARTICIPANT (requis pour un participant adulte ayant la capacité de signer des documents juridiques)** | |
| J'ai lu et compris ce formulaire. J'ai le droit de retirer tout consentement donné sous ce formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon Programme Special Olympics (à l'adresse [www.SpecialOlympics.org/Programs](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)). En signant, j'accepte ce formulaire. | |
| **Signature du Bénévole/Partenaire Unifié :** | **Date :** |
| **SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR (requis pour un participant qui est mineur ou qui n'a pas la capacité de signer des documents juridiques)** | |
| Je suis un parent ou tuteur du participant. J'ai lu et compris ce formulaire et j'ai expliqué le contenu au participant, le cas échéant. J'ai le droit de retirer tout consentement donné sous ce formulaire avec effet à l'avenir. Si j'ai des questions concernant ce formulaire, je peux contacter mon programme Special Olympics (à l'adresse [www.SpecialOlympics.org/Programs](http://www.SpecialOlympics.org/Programs)). En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom du participant. | |
| **Signature du parent/tuteur :** | **Date :** |
| **Nom en toutes lettres :** | **Relation :** |