تسجيل المتطوع والشريك

 الموحدة

**برنامج الأولمبياد الخاص المحلي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**نوع الاشتراك (اختر واحد أو الاثنان): ☐ متطوع ☐ شريك موحدة**

**تسجيل جديد أم إعادة تسجيل؟ ☐ جديد ☐ إعادة تسجيل**

|  |
| --- |
| **بيانات المتطوع / الشريك الموحدة** |
| **الاسم:** | **لقب العائلة:** |
| **تاريخ الميلاد** **(يوم/شهر/سنة):** | [ ] **أنثى** [ ] **ذكر** |
| **العنوان:** |
| **الهاتف:** | **البريد الإلكتروني:** |
| **الرياضات/الأنشطة:** |
| **العرق (اختياري):** | **اللغة (أو اللغات) المفضلة (اختياري):** |

|  |
| --- |
| **بيانات الوالدين / الوصي (مطلوبة في حالة القصر أو ذوي الوصي القانوني)** |
| **الإسم:** | **صلة القرابة:** |
| [ ]  **نفس بيانات الاتصال بالأعلى**  | **العنوان:** |
| **الهاتف:** | **البريد الإلكتروني:** |

|  |
| --- |
| **بيانات الاتصال في حالات الطوارئ** [ ]  **نفس البيانات مثل الوالدين / الوصي** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإسم:** | **الصلة:** | **الهاتف:** |

|  |
| --- |
| **بيانات عامة (مطلوبة للمشاركين من سن 16 فأكبر)** |
| **هل تتعاطى المخدرات؟**  | [ ]  نعم [ ]  لا |
| **هل سبق إدانتك في أي جرائم؟**   | [ ]  نعم [ ] لا |
| **هل سبق اتهامك أو إدانتك بالإهمال أو إساءة المعاملة أو الاعتداء؟**  | [ ]  نعم [ ] لا |
| **هل سبق إيقاف رخصة قيادتك أو سحبها في أي دولة؟**  | [ ]  نعم [ ] لا |
| **إن أجبت بنعم على أي من هذه الأسئلة، رجاء قدم معلومات تفصيلية:** |
| **البيانات الصحية**  | **\*\*تجمع البيانات الصحية للإستخدام في حالات الطوارئ. و يتحمل كل مشارك مسئولية تحديد القدرة البدنية على المشاركة.** |
| **ضع علامة إن كان لديك أي من هذه الحالات وقدم التفاصيل:** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  احتياجات غذائية خاصة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  حساسيات: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  أجهزة مساعدة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  ضغط دم مرتفع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  مشاكل بالقلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  مشاكل تنفس / الربو: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  مشاكل صحة ذهنية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  صرع أو نوبات تشنج: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  مشاكل عصبية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  السكر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  فقر الدم المنجلي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  عدوى مزمنة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  عضو مفقود: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  مشاكل صحية أخرى: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **رجاء استخدم هذا الجزء لأي معلومات صحية إضافية تود أن تذكرها للأولمبياد الخاص:**  |
| **رجاء اذكر قائمة الأدوية أو الفيتامينات أو المكملات الغذائية التي تستخدمها:** |
| **اسم الدواء** | **الجرعة** | **عدد المرات يوميًا** | **اسم الدواء** | **الجرعة** | **عدد المرات يوميًا** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

تسجيل المتطوع والشريك

الموحد

أوافق على ما يلي:

1. **القدرة على المشاركة.** إنني قادر بدنيًا على المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص.
2. **اتفاقية رعاية.** أمنح الحق للأولمبياد الخاص، ولجان الأولمبياد الخاص المنظمة للألعاب، واللجان المنظمة المحلية، وبرامج الأولمبياد الخاص المعتمدة (مُشار إليها مُجتمعة باسم "الأولمبياد الخاص")، وشركاء ورعاة الأولمبياد الخاص، أن يستخدموا الصورة المشابهة لي، وصوري، وفيديوهاتي، واسمي، وصوتي، وكلماتي، ومعلوماتي للترويج للأولمبياد الخاص، وجمع الأموال للأولمبياد الخاص، وقبول الدعم المقدم من الرعاة والشركاء للأولمبياد الخاص.
3. **خطر الارتجاج والإصابات الأخرى.** أُدرك أن الإصابة أمر مُحتمل. وأُدرك خطر الاستمرار في المشاركة أثناء أو بعد الإصابة بالارتجاج أو أي إصابات أخرى. وقد اضطر لطلب الرعاية الطبية إن اشتبه بإصابتي بارتجاج أو أي إصابات أخرى. وقد اضطر أيضًا للانتظار 7 أيام أو أكثر، والحصول على إذن طبيب قبل البدء في ممارسة الرياضة مرة أخرى.
4. **رعاية الطوارئ.** إن لم أستطع، أو إن لم يكن الوصي الخاص بي متاحًا، الموافقة على أو اتخاذ القرارات الطبية في حالات الطوارئ، فإنني أمنح الحق للأولمبياد الخاص أن تطلب الرعاية الطبية نيابة عني.
5. **البرامج الصحية.** في حال مشاركتي في برنامج صحي، فإنني أوافق على الأنشطة، والكشوفات، والعلاجات الصحية. ويجب ألا يحل هذا محل الرعاية الصحية الاعتيادية. ويمكنني رفض العلاج أو أي شئ آخر في أي وقت.
6. **المعلومات الشخصية.** أتفهم أن الأولمبياد الخاص ستجمع معلوماتي الشخصية في ظل مشاركتي، بما فيها اسمي، وصورتي، وعنواني، ورقم هاتفي، ومعلوماتي الصحية، ومعلومات شخصية وصحية أخرى أُقدمها للأولمبياد الخاص (المعلومات الشخصية).
* أوافق وأفوض الأولمبياد الخاص للقيام بما يلي:
	+ استخدام معلوماتي الشخصية من أجل: التأكد من ملائمتي وقدرتي على المشاركة بسلامة؛ وإدارة التدريبات والأحداث؛ ونشر نتائج المسابقات (بما فيها على الإنترنت والوسائل الإعلامية الأخرى)؛ وتوفير العلاج الصحي في حال مشاركتي في برنامج صحي؛ وتحليل البيانات بغرض تحسين البرامج، والتعرف على والاستجابة لاحتياجات المشاركين في الأولمبياد الخاص؛ وإجراء عمليات الحاسوب، وضمان الجودة، والاختبار، والأنشطة الأخرى ذات الصلة؛ وتقديم الخدمات ذات الصلة بالفاعليات.
	+ استخدام معلومات الاتصال الخاصة بي للتواصل معي بشأن الأولمبياد الخاص.
	+ مشاركة معلوماتي الشخصية مع (أ) الباحثين، مثل الجامعات وهيئات الصحة العامة التي تجري أبحاث حول الإعاقة الذهنية وأثر أنشطة الأولمبياد الخاص، (ب) العاملين في المجال الطبي في حالات الطوارئ، (ج) الهيئات الحكومية بغرض مساعدتي فيما يتعلق بالتأشيرات المطلوبة للسفر لفاعليات الأولمبياد الخاص أو لأي غرض يتعلق بحماية السلامة العامة، والاستجابة لطلبات الحكومة، وتقديم المعلومات حسب متطلبات القانون.
* أتفهم أن الأولمبياد الخاص عبارة عن منظمة عالمية يقع مقرها الرئيس في الولايات المتحدة الأمريكية. وأُقر أن معلوماتي الشخصية قد تُخزن وتُعالج خارج بلد إقامتي، ومن ضمنها الولايات المتحدة. وقد لا تتمتع هذه البلاد بنفس مستوى حماية البيانات الشخصية مثل بلد إقامتي.
* لدي الحق في طلب الاطلاع على معلوماتي الشخصية أو أن يتم إعلامي بشأن المعلومات الشخصية الخاصة بي. ولدي الحق في أن أطلب تصحيح أو محو معلوماتي الشخصية، وأن أُحدد استخدام معلوماتي الشخصية إن لم تكن مُتسقة مع هذا التفويض.
* *سياسة الخصوصية.* يمكن استخدام المعلومات الشخصية ومشاركتها بالاتساق مع هذه الاستمارة، وكما هو موضح في سياسة خصوصية الأولمبياد الخاص، وعنوانها [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy).
1. تفويض التحريات الشخصية. (للبالغين فقط) أفوض الأولمبياد الخاص أن تُجري التحريات بشأني. ويمكن أن يُجرى طرف ثالث هذا التحري. ويمكن أن يشمل هذا التحري استعلام بشأن عملي، وتعليمي، وتاريخي الجنائي أو الخاص بقيادة السيارات. وأتفهم أن الأولمبياد الخاص قد تحدد ما إذا كان بإمكاني المشاركة في أنشطتها بناءً على المعلومات المقدمة أو المكتشفة. وبالتوقيع أدناه، أفوض المحققين بإجراء التحري كما هو موضح في هذه الاستمارة. وأفوض أي أطراف أو هيئات قد يكون لديها أي من المعلومات المطلوبة، أن تفصح عن هذه المعلومات بالعلاقة مع هذا التحري.
2. **التنازل وإخلاء المسئولية.** أُدرك المخاطر التي تنطوي عليها المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص. وأقبل بشكل كامل وأتحمل كافة المخاطر والمسئولية الكاملة المتعلقة بأي فقدان أو تكاليف أو تلفيات قد أتكبدها نتيجة مُشاركتي. وأعفي وأوافق على عدم مقاضاة منظمة الأولمبياد الخاص، وأي من مديريها، ووكلائها، ومتطوعيها، وموظفيها، وأي مشاركين آخرين(المعفيون") فيما يتعلق بأي مسئوليات أو دعاوى أو خسائر تحدث لي والتي يتسبب فيها أو يمكن القول بأن المعفيون قد تسببوا فيها بشكل كلي أو جزئي. وأوافق أيضًا أنه في حال تقديمي دعوى أو رفع شخص دعوى نيابة عني ضد أي من المعفيين، وبالرغم من إخلاء المسئولية هذا، فإنني سأعفي وأعوض كل واحد من المعفيين من وعن كل المسئوليات أو الدعاوى أو الخسائر التي قد تنتج عن هذه الدعوى. وأوافق على أنه في حال اعتبار أي جزء من هذه الاستمارة لاغٍ، تظل باقي الأجزاء سارية ونافذة بشكل كامل.

|  |
| --- |
| **الاسم:** |
| **توقيع المتطوع / شريك الرياضات الموحدة** (مطلوب لكل بالغ لديه القدرة على توقيع الوثائق القانونية) |
| قرأت وأفهم هذه الاستمارة. وإن كان لدي أي أسئلة، سأطرحها. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة. |
| **توقيع المتطوع / شريك الرياضات الموحدة:** | **التاريخ:** |
| **توقيع الوالدين / الوصي** (مطلوب لكل مشارك قاصر أو يفتقر للقدرة على توقيع الوثائق القانونية) |
| أنا والد أو الوصي على المشارك. وقد قرأت هذه الاستمارة وأفهمها، وقد شرحت محتواها للمشارك، حسب الاقتضاء. وبالتوقيع، فإنني أوافق على هذه الاستمارة أصالةً عن نفسي ونيابة عن المشارك.  |
| **توقيع الوالد / الوصي** | **التاريخ:** |
| **الاسم المطبوع:** | **صلة القرابة:** |