志愿者及融合伙伴

融合伙伴登记表

**地方特殊奥林匹克成员组织: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**注册类型 (勾选一项或两项):**  ☐ 志愿者 ☐ 融合伙伴

**您是第一次还是再次注册？**  ☐ 首次注册 ☐ 再次注册

|  |
| --- |
| **志愿者/融合伙伴信息** |
| **名：** | **姓：** |
| **出生日期 （日/月/年）：** | [ ] **女** [ ] **男** |
| **地址:** |
| **电话：** | **电子邮箱：** |
| **运动/活动：** |
| **种族/民族（选填）：** | **首选语言（可填多种，选填）：** |

|  |
| --- |
| **父母/监护人信息 (未成年人必须由父母或合法监护人填写此栏)** |
| **姓名：** | **关系：** |
| [ ]  **与父母/监护人的一致**  | **地址:** |
| **电话：** | **电子邮箱：** |

|  |
| --- |
| **紧急联系人信息** [ ]  **与父母/监护人的信息一致** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **姓名：** | **关系：** | **电话：** |

|  |
| --- |
| **个人背景信息 (16周岁或以上的参与者必须填写)** |
| **您有服用非法药物吗？**  | [ ]  有 [ ] 无 |
| **您有曾经被判犯罪吗？**   | [ ]  有 [ ] 无 |
| **您有曾经被指控，和/或被判犯有渎职，虐待或侵犯他人吗？**  | [ ]  有 [ ] 无 |
| **您的驾驶执照是否曾经在任何司法管辖区内被暂停或撤销？**  | [ ]  是 [ ] 无 |
| **如果您在上述任何一栏中填写了“是”，请详细阐述：** |
| **健康信息**  | **\*\*健康信息将在紧急情况下使用。每位参与者都要为自身负责，确定自己的身体情况是否适合参与活动。** |
| **如果您有以下的情况请勾选并提供细节：** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  特殊饮食需求：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  过敏：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  辅助器具：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  高血压： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  心脏病： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  哮喘或呼吸性疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  心理疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  癫痫或癫痫症：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  神经系统疾病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  糖尿病：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  镰状细胞性贫血/病征: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  慢性感染：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  器官缺失：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  其他疾病： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **如您希望特奥会了解您的其他健康信息，请在以下空白处详述：** |
| **请列出所有的药物，维生素或其它膳食补充清单：** |
| **药物名称** | **剂量** | **每日摄入次数** | **药物名称** | **剂量** | **每日摄入次数** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

 |

志愿者及融合伙伴

融合伙伴登记表

我同意以下内容：

1. **参与活动的能力。**我的身体状况能够参与特殊奥林匹克运动会的活动。
2. **肖像免责。**我允许特殊奥林匹克组织、特殊奥林匹克运动会地方组委会、特殊奥林匹克认证成员组织（统称“特殊奥林匹克”）使用我的肖像、照片、视频、姓名、声音、言语和履历信息，以推广以及为特殊奥林匹克运动筹集资金，以感谢赞助商和合作伙伴对特殊奥林匹克的支持。
3. 脑震荡及其它意外伤害风险。我已知悉有受意外伤害的风险。我了解在遭受脑震荡或其它意外伤害后继续参与运动的风险。如果我在遭遇疑似脑震荡或其他伤害后，我可能不得不接受医疗护理。在我再次开始运动之前，我可能必须要等待7天或更久，并获得医生的许可。
4. **紧急护理。**如果在紧急情况下，我或我的监护人无法同意或作出决定，我授权特奥会代表我作出医疗护理决定。
5. **健康项目。**如果我参与健康项目，我同意接受健康活动、筛查或治疗。这不会代替常规医疗保健。任何时候我都可以拒绝治疗或其他类似活动。
6. **个人信息。**我了解特殊奥林匹克将会收集我的个人信息作为我参与活动的一部分，包括我向特殊奥林匹克提供的我的姓名、肖像、地址、电话号码、健康信息及其他与个人相关的健康信息（即“个人信息”）。
* 我同意特殊奥林匹克的以下行为：
	+ 将我的个人信息用于：确保我有资格并能安全参与活动；举办培训和活动；分享竞赛成绩（包括在网站和新闻媒体上）；如果我参与健康项目，为我提供健康治疗服务；为了改善和响应对特殊奥林匹克参与者需求而进行的数据分析；进行电脑操作、质量保证、测试及其他相关活动；提供与活动相关的服务。
	+ 使用我提供的联系信息来通知我特殊奥林匹克的相关事宜。
	+ 将我的个人信息分享给（i）研究人员，例如大学和公共健康组织，以及用于研究智力障碍和特殊奥林匹克影响力的组织，（ii）紧急情况下分享给医疗专业人员，以及（iii）政府机构，用于协助我申请参加特殊奥林匹克活动所需的国际旅行签证。以及用于其他保护公共安全、响应政府要求和法律要求上报信息的目的。
* 我了解特殊奥林匹克是一个总部位于美国的全球性组织。我了解我的个人信息可能会在我居住的国家之外进行储存及使用，包括美国。这些国家的个人数据保护等级可能与我居住的国家不同。
* 我有权要求查看我的个人信息或被告知我个人信息的使用情况。我有权要求改正或删除我的个人信息。如果与我所同意的内容不一致，我有权限制我的个人信息使用情况。
* *隐私政策*与本注册表一致的个人信息可能会被使用和分享。这在以下网站上的特殊奥林匹克隐私政策中有进一步解释 [www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy)。

1. **背景调查授权（仅适用于成人）。**我允许特殊奥林匹克对我进行背景调查。此背景调查有可能会委托第三方代办。此背景调查有可能包括对我的职业，学历，驾驶和/或犯罪记录进行核查。我知道特殊奥林匹克会根据我提供或调查得到的信息来判断我是否能够参加特殊奥林匹克的相关活动。在下方签署姓名后，我即授权调查者以本表所述方式对我进行背景调查。我进一步授权有可能持有此调查信息的第三方或代理机构公开与本背景调查相关的内容。
2. **免除和豁免责任。**我理解参与特殊奥林匹克活动所涉及的风险。我完全接受和承担所有的风险和所有的责任，包括我在参与过程中有可能引发的损失，花销和损伤。我豁免并同意不起诉任何特殊奥林匹克组织以及其负责人，代理人，志愿者，员工及其他参与者（被豁免者)因本人之故导致或据称是由本人导致的全部或部分责任，索赔或损失。并且我进一步同意，如果我或任何代表我的人，无视本免责条例，并对任何被豁免者提出诉讼，我将赔偿并使每个被免责者免受任何此类责任、索赔或因此类索赔而遭受的损失所导致的伤害。我同意，即使本表的任何部分内容被视作无效，其他部分将继续有效。

|  |
| --- |
| **姓名：** |
| 志愿者**/融合伙伴签名** （需由具有签署法律文件能力的成年人完成） |
| 我已阅读并理解此表格。如果我有任何问题，我会就此进行询问。**签署姓名后，我即同意此表格内容。** |
| **志愿者/融合伙伴签名：** | **日期：** |
| **父母/监护人签名 （需由无签署法律文件能力的运动员的父母或监护人完成）** |
| 本人是运动员的父母或监护人。我已阅读和知晓此表格，并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。 |
| **父母/监护人签名：** | **日期：** |
| **姓名（请用正楷书写）：** | **关系：** |