

ФОРМА ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ



Программа Специальной Олимпиады Штата: _____

Регистрация в Специальной Олимпиаде

Впервые

Повторно

ИНФОРМАЦИЯ О МОЛОДОМ СПОРТСМЕНЕ

Имя:

Фамилия:

Дата рождения

Жен. Муж.

Проблемы в интеллектуальном развитии или нарушения в развитии:

Да

Нет

Расовая / этническая принадлежность (указывается по желанию):

Американский индеец/Коренной житель
Аляски

Негр или Афроамериканец

Европеоид

Азиат

Абориген Гавайских островов или другого острова в Тихом океане

Испанского или латиноамериканского происхождения
(определенная группа: _____)

Две расы или более

Язык (и), используемые в доме молодого спортсмена (необязательно): Отметьте все подходящие варианты

Английский

Испанский

Другой (перечислите):

Размер одежды:

маленький детский

средний детский

большой детский

Требуется доступ для инвалидных колясок

Языковая поддержка:

Медицинское состояние:

Специальная диета:

Другое:

ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ / ОПЕКУНЕ

Фамилия, имя:

Степень родства:

Адрес:

Город:

Штат / Провинция:

Почтовый индекс:

Телефон:

Адрес электронной почты:

КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ

То же, что и родитель/опекун

Фамилия, имя:

Телефон:

Степень родства:

ФОРМА ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ОТВЕТСТВЕННОСТИ



Я являюсь родителем или опекуном указанного Участника программы Молодые Спортсмены и соглашаюсь со следующим:

1. **Возможность принимать участие.** Молодой Спортсмен физически способен принять участие в Специальной Олимпиаде.
2. **Согласие на использование изображений.** Я даю разрешение Special Olympics, Inc, оргкомитетам Игр Специальной Олимпиады и аккредитованным программам Специальной Олимпиады (совместно «Специальная Олимпиада»), на использование изображений, фотографий, видео, имени, голоса, слов и биографической информации молодого спортсмена для продвижения Специальной Олимпиады и сбора средств для Специальной Олимпиады.
3. **Риск сотрясения мозга и других травм.** Мне известно о наличии риска получения травмы. Я понимаю риск, связанный с продолжением участия с или после сотрясения мозга или другой травмы. В случае подозрения на сотрясение мозга или травмы головы, Молодому спортсмену, возможно, потребуется получение медицинской помощи. Также, для продолжения занятий спортом Молодому спортсмену может потребоваться период до 7 или более дней и разрешение от врача.
4. **Неотложная медицинская помощь.** Если родитель или опекун не имеют возможности дать свое согласие или принять срочное медицинское решение, я даю Специальной Олимпиаде свое согласие на предоставление Молодой спортсмену медицинской помощи, за исключением пунктов, отмеченных ниже:
 - У меня есть религиозные или другие возражения против получения медицинской помощи. (Вариант встречается редко.)
 - Я не даю согласия на переливание мне крови. (Вариант встречается редко.)
(Если отмечено одно из данных условий, следует в обязательном порядке заполнить ФОРМУ ОТКАЗА ОТ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.)
5. **Программы поддержания здоровья** Если Молодой спортсмен принимает участие в программе поддержания здоровья Специальной Олимпиады, я даю свое согласие на проведение оздоровительных мероприятий, экзаменов и лечения. Все вышеперечисленное не заменяет собой регулярного лечения. Я имею право в любой момент прекратить лечение или т.п. в отношении Молодого спортсмена.
6. **Персональные данные.** Я понимаю, что в рамках проведения мероприятий Специальная Олимпиада собирает личную информацию о Молодом спортсмене, включая имя, фото, адрес, номер телефона, информацию о состоянии здоровья и другую личную информацию, связанную со здоровьем, предоставляемую Специальной Олимпиаде («личная информация»):
 - Я даю Специальной Олимпиаде свое согласие на:
 - использование личной информации для: подтверждения допуска и безопасного участия; проведения тренировок и мероприятий; демонстрации результатов соревнований (в том числе в Интернете и средствах массовой информации); оказания медицинской помощи, если Молодой спортсмен участвует в программе поддержания здоровья; анализа данные в целях улучшения программ, выявления и удовлетворения потребностей участников Специальной Олимпиады; компьютерной обработки, обеспечения качества, тестирования и других связанных с этим видов деятельности; а также предоставления услуг, связанных с мероприятиями.
 - использование личной информации для коммуникационных и маркетинговых целей, включая прямой цифровой маркетинг через электронную почту, текстовые сообщения и социальные сети.
 - обмен персональной информацией с (i) исследователями, университетами и учреждениями общественного здравоохранения, которые изучают умственные недостатки и влияние деятельности Специальной Олимпиады, (ii) медицинскими работниками в чрезвычайной ситуации и (iii) государственными органами с целью оказания помощи при получении любых виз, необходимых для международных поездок на мероприятия Специальной Олимпиады и любых других целей, необходимых для защиты общественной безопасности, ответа на запросы правительства и представления информации в соответствии с требованиями законодательства.
 - Я имею право обратиться за получением личной информации или получить обрабатываемую личную информацию. Я имею право требовать исправления и удаления личной информации и ограничить обработку личной информации, если она осуществляется не в соответствии с данным согласием.
 - **Политика конфиденциальности** Личные данные могут использоваться и распространяться на основании данной формы и Политики конфиденциальности Специальной Олимпиады, размещенной по адресу www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx.

Имя Молодого спортсмена:	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	
Я являюсь родителем или опекуном Молодого спортсмена. Я прочитал (а) и понял (а) изложенное в данной форме. Подписывая данную форму, я соглашаюсь с информацией, указанной в ней от своего имени и от имени Молодого спортсмена.	
Подпись родителя / опекуна:	Дата:
Фамилия, имя печатными буквами:	Степень родства:

ФОРМА УСТУПКИ ПРАВ НА ОБРАЗ МОЛОДОГО СПОРТСМЕНА ДЛЯ СПОНСОРОВ (НЕОБЯЗАТЕЛЬНО)



Специальная Олимпиада получает помощь спонсоров и партнеров, при поддержке которых мы осуществляем нашу миссию. Мы часто используем фотографии, видео и истории наших атлетов, чтобы показать, насколько важна поддержка компаний, спонсирующих Специальную Олимпиаду. Если вы согласны с подобным использованием образа Молодого Спортсмена, пожалуйста, ознакомьтесь с информацией и подпишите ниже.

Я выражаю свое соответствие со следующим:

- Я даю разрешение Special Olympics, Inc, оргкомитетам Игр Специальной Олимпиады и аккредитованным программам Специальной Олимпиады (совместно «Специальная Олимпиада»), их спонсорам и партнерам, на использование изображений, фотографий, видеозаписей с участием, имен, голоса и слов ("Образ") в качестве признательности спонсорам и партнерам за поддержку Специальной Олимпиады.
- Специальная Олимпиада, ее спонсоры и партнеры не будут использовать Образ Молодого спортсмена для продвижения коммерческих продуктов или услуг.
- Я понимаю, что ни Молодой Спортсмен, ни я не получу компенсацию за использование Образа Молодого спортсмена.

Имя Молодого спортсмена:	
ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА	
Я являюсь родителем или опекуном Молодого спортсмена. Я прочитал (а) и понял (а) изложенное в данной форме. Подписывая данную форму, я соглашаюсь с информацией, указанной в ней от своего имени и от имени Молодого спортсмена.	
Подпись родителя / опекуна:	Дата:
Фамилия, имя печатными буквами:	Степень родства: