**INSCRIPCIÓN DE ATLETAS JÓVENES**

|  |
| --- |
| **Programa Estatal de Olimpiadas Especiales:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **¿Es nuevo en Olimpiadas Especiales o se está reinscribiendo?** | [ ]  Nuevo  |  [ ]  Reinscripción |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL ATLETA JOVEN** |
| **Nombre:** | **Apellidos:** |
| **Fecha de nacimiento:** | **☐Femenino ☐Masculino** |
| **Tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo:** ❒ **Sí ❒ No** |
| **Raza/Origen étnico (opcional)** ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Nativo de Alaska / Indio American☐ Afroamericano o Negro☐ Blanco o Caucásico  | ☐ Asiático Americano ☐ Más de una raza ☐ Nativo de Hawái o de otra de las Islas del Pacífico ☐ Hispano o Latinx |
| **Idioma(s) que se hablan en el hogar del Atleta Joven (opcional):** Marque todos los que correspondan❒ inglés ❒ español ❒ otro (indique por favor):  |
| **Talla de la camiseta:** ❒ Joven pequeño ❒ Joven medio ❒ Joven grande |
| ❒ **Requiere lugares accesibles con silla de ruedas** |
| ❒ **Necesidades de idiomas:** |
| ❒ **Condiciones médicas:** |
| ❒ **Dieta especial:** |
| ❒ **Otros:** |
| **INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR**  |
| **Nombre:** |
| **Relación:** |
| **Dirección:** | **Ciudad:** |
| **Estado/provincia:** | **Código Postal:** |
| **Teléfono:** | **E-mail:** |
| **INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA** |
| ☐ **Igual que el padre/madre/tutor** |
| **Nombre:** |
| **Teléfono:** | **Relación:** |

**FORMULARIO DE EXENCIÓN DE**

**RESPONSABILIDAD DEL ATLETA**

Soy el padre/madre o tutor del participante en Atletas Jóvenes que se nombra a continuación y estoy de acuerdo con lo siguiente:

1. **Capacidad para participar.** El Atleta Joven está en condiciones físicas para participar en Olimpiadas Especiales.
2. **Autorización para el uso de la imagen.** Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas de Olimpiadas Especiales acreditados (colectivamente “Olimpiadas Especciales”) para usar la imagen, fotografía, video, nombre, voz, palabras e información biográfica del Atleta Joven para promover Olimpiadas Especiales y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
3. **Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que existe riesgo de sufrir lesiones. Entiendo el riesgo de continuar participando con una conmoción cerebral o una lesión, o posteriormente. El Atleta Joven podrá necesitar recibir cuidados médicos si existe sospecha de que ha sufrido una conmoción cerebral u otro tipo de lesión. Además, el Atleta Joven podría tener que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de volver a practicar deporte.
4. **Cuidado de emergencia.** Si un padre, madre o tutor no está disponible para dar su consentimiento para tomar decisiones médicas en una emergencia, autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar cuidado médico para el Atleta Joven, a menos que yo marque alguno de estos casilleros:
* Tengo una objeción religiosa o de otro tipo a recibir tratamientos médicos. (No común)
* No doy mi consentimiento a transfusiones de sangre. (No común)

(Si se ha marcado alguno de los casilleros, deberá completarse un FORMULARIO DE RECHAZO DE CUIDADOS MÉDICOS DE EMERGENCIA)

1. **Programas de salud.** Si el Atleta Joven participa en un programa de salud de Olimpiadas Especiales, doy mi consentimiento a las actividades de salud, los exámenes y el tratamiento para el Atleta Joven. Estas actividades no deberán reemplazar el cuidado de la salud normal. Puedo decir "no" a un tratamiento o cualquier otra cosa en cualquier momento para el Atleta Joven.
2. **Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales reunirá la información personal del Atleta Joven como parte de la participación, incluyendo el nombre, imagen, domicilio, teléfono, información de salud y demás información de identificación personal y relacionada con la salud provista a Olimpiadas Especiales (“información personal”).
* Autorizo y doy mi consentimiento a Olimpiadas Especiales a:
	+ usar la información personal para: confirmar la elegibilidad y participación segura; realizar entrenamientos y eventos; compartir resultados de competencias (incluyendo en Internet y medios informativos); proveer tratamiento de salud si el Atleta Joven participa en un programa de salud; analizar datos con el propósito de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones de computación, aseguramiento de la calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y a proveer servicios relacionados con los eventos.
	+ usar la información personal para propósitos de comunicación y marketing, incluyendo marketing digital directo por e-mail, mensajes de texto y redes sociales.
	+ compartir la información personal con (i) investigadores, como universidades y agencias de salud pública que están estudiando discapacidades intelectuales y el impacto de las actividades de Olimpiadas Especiales, (ii) profesionales médicos en una emergencia, y (iii) autoridades gubernamentales, con el propósito de ayudar en visas requeridas para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes del gobierno y reportar información exigida por ley.
* Tengo derecho a ver la información personal o a ser informado acerca de la información personal que es procesada. Tengo derecho a pedir corregir o eliminar la información personal y a restringir el procesamiento de información personal si no es consistente 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.aspx](http://www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx).

|  |
| --- |
| **Nombre del Atleta Joven:** |
| **FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR**  |
| **Soy un padre, madre o tutor del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en el nombre del Atleta Joven.** |
| **Firma del padre/madre/tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre en letra de molde:** | **Relación:** |

**AUTORIZACIÓN PARA LA IMAGEN**

**DEL ATLETA JOVEN PARA**

**PATROCINADORES (OPCIONAL)**

**Olimpiadas Especiales depende de patrocinadores y socios para ayudar a apoyar nuestra misión. Frecuentemente utilizamos fotografías, vídeos e historias de nuestros atletas para mostrar el impacto del apoyo de las compañías que patrocinan a Olimpiadas Especiales. Si usted desea permitir que la imagen del Atleta Joven sea usada de esta forma, por favor lea y firme abajo.**

Estoy de acuerdo en lo siguiente:

* Doy mi autorización a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de los juegos de Olimpiadas Especiales y a los Programas de Olimpiadas Especiales acreditados (colectivamente “Olimpiadas Especiales”), y a sus patrocinadores y socios a usar la imagen, fotografía, video, nombre, voz y palabras ("Imagen") para reconocer el apoyo de los patrocinadores y socios a Olimpiadas Especiales.
* Olimpiadas Especiales y sus socios y patrocinadores no usarán la Imagen del Atleta Joven para promocionar productos o servicios comerciales.
* Entiendo que ni el Atleta Joven ni yo seremos compensados por el uso de la Imagen del Atleta Joven.

|  |
| --- |
| **Nombre del Atleta Joven:** |
| **FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR**  |
| **Soy un padre, madre o tutor del Atleta Joven. He leído y comprendo este formulario. Al firmar, acepto este formulario en mi nombre y en el nombre del Atleta Joven.** |
| **Firma del padre/madre/tutor:** | **Fecha:** |
| **Nombre en letra de molde:** | **Relación:** |