

幼儿运动员登记表



国家特殊奥林匹克项目： _____

您是特殊奥林匹克的新运动员还是再次参与的运动员？

新运动员

再次参与的运动员

幼儿运动员信息		
名：	姓：	
出生日期：	<input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男	
是否患有智力或发育性残疾 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
种族民族 (可选)：		
幼儿运动员的母语 (可选)：		
衬衫尺寸： <input type="checkbox"/> 幼儿小号 <input type="checkbox"/> 幼儿中号 <input type="checkbox"/> 幼儿大号		
<input type="checkbox"/> 要求残疾人专用位置		
<input type="checkbox"/> 语言需求：		
<input type="checkbox"/> 身体状况：		
<input type="checkbox"/> 特殊饮食：		
<input type="checkbox"/> 其它：		
父母 / 监护人信息		
姓名：		
关系：		
地址：	城市：	
州/省：	国家：	邮政编码：
电话：	电子邮箱：	
紧急联系信息		
<input type="checkbox"/> 与父母/监护人的一样		
姓名：		
电话：	关系：	

幼儿运动员免责表



本人是下述幼儿运动员的父母/监护人，我同意以下内容：

- 能够参与。**该幼儿运动员的身体状况能够参与特殊奥林匹克运动会。
- 肖像免责。**我允许特殊奥林匹克运动会、特殊奥林匹克组委会、特殊奥林匹克认证项目（统称“特殊奥林匹克”）使用该幼儿运动员的肖像、照片、视频、姓名、声音、言语和生物信息，以推广特殊奥林匹克运动会以及为特殊奥林匹克运动会筹集资金。
- 脑震荡及其它伤害风险。**我已知悉有受伤害的风险。我了解在遭受脑震荡或其它伤害后继续参与运动的风险。如果遭遇疑似脑震荡或其它伤害，幼儿运动员可能会接受医疗护理。幼儿运动员再次开始运动之前，可能需要等待 7 天或更久，并获得医生的许可。
- 紧急护理。**如果在紧急情况下，父母或监护人无法同意或作出决定，我授权特殊奥林匹克代表我对该幼儿运动员作出医疗护理决定，除非我勾选了以下内容：
 - 我因为宗教或其它原因拒绝接受医疗护理。（不常见。）
 - 我不同意接受输血。（不常见。）（如勾选任何一项，则必须填写拒绝紧急医疗护理表。）
- 健康项目。**如果幼儿运动员参与特殊奥林匹克运动会健康项目，那么我同意该幼儿运动员接受健康活动、检查和治疗。这不会代替常规卫生保健。任何时候我都可以拒绝接受对该幼儿运动员的治疗或其它类似活动。
- 个人信息。**我了解特殊奥林匹克将会收集该幼儿的个人信息作为其参与特奥会的一部分，包括向特殊奥林匹克提供其姓名、肖像、地址、电话号码、健康信息及其它与个人相关的健康信息（即“个人信息”）。根据数据保护法律，负责保护该个人信息的组织是我的国家特殊奥林匹克项目（请访问网站 www.SpecialOlympics.org/Programs，获取联系信息）。
 - 我了解特殊奥林匹克将该个人信息用于：确保该幼儿运动员有资格并能安全参与运动会；举办培训和赛事；分享竞赛结果（包括在网站和新闻媒体上）；如果该幼儿运动员参与健康项目，则为其提供健康治疗服务；为了改进规划和识别，以及响应特殊奥林匹克参与者需求而分析数据信息；进行电脑操作、质量保证、测试及其它相关活动；提供与赛事相关的服务。
 - 我了解特殊奥林匹克可能将个人信息披露给 (i) 紧急情况下披露给医疗专业人员，以及 (ii) 政府机构，用于需国际旅行签证的特殊奥林匹克活动，以及其它保护公共安全、响应政府要求和法律要求上报信息的情况。
 - 我了解特殊奥林匹克是一个总部位于美国的全球性组织。我了解该个人信息可能会在我居住的国家之外进行储存及处理，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。
 - 幼儿运动员的个人信息只会储存至此表中的目的所需时长。
 - 我有权要求查看幼儿运动员的个人信息或被告知该幼儿运动员个人信息的处理情况。我有权要求改正、删除和限制该个人信息处理情况。我也有权在我的要求下将该幼儿运动员的个人信息发送给其它组织。且我有权向当地的数据保护机构进行投诉。
 - 隐私政策个人信息可能根据本表进行分享，并在 www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx 上的特殊奥林匹克政策中作进一步解释。

幼儿运动员姓名：	
我同意特殊奥林匹克的以下活动（请勾选）： <input type="checkbox"/> 向我发送有关特殊奥林匹克的通信，包括通过电子邮件、短讯，和社交媒体向我发送通信。 <input type="checkbox"/> 与研究人员保密分享我的个人信息，比如正在研究智力障碍以及特殊奥林匹克活动影响力的大学或公共卫生机构。	
父母/监护人签名	
本人是该幼儿运动员的父母或监护人。我已阅读并理解此表格。我有权在未来撤回本表中授予的任何许可。我如果有任何关于此表的疑问，我会联系我的国家特殊奥林匹克项目（请访问网站 www.SpecialOlympics.org/Programs ，获取联系信息）。签署姓名后，我即代表自己和幼儿运动员同意此表格内容。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：

幼儿运动员肖像免责 针对赞助商（可选）



特殊奥林匹克依靠赞助商和合作伙伴来支持我们达成使命。我们通常使用运动员的照片、视频和故事来展示特殊奥林匹克的赞助商对我们的支持影响力。如果您允许幼儿运动员的肖像以这种形式被使用，请阅读并签署如下内容。

我同意以下内容：

- 我允许特殊奥林匹克运动会、特殊奥林匹克组委会、特殊奥林匹克认证项目（统称“特殊奥林匹克”）及其赞助商和合作伙伴使用该幼儿的肖像、照片、视频、姓名、声音和言语（即“肖像”），以感谢赞助商和合作伙伴对特殊奥林匹克运动会的支持。
- 特殊奥林匹克运动会及其赞助商和合作伙伴不可将该幼儿的肖像用于代言商业产品或服务。
- 我了解我和该幼儿均不会因该幼儿肖像的使用而获得任何报酬。

幼儿运动员姓名：	
父母/监护人签名	
本人是该幼儿运动员的父母或监护人。我已阅读并理解此表格。签署姓名后，我即代表自己和幼儿运动员同意此表格内容。	
父母/监护人签名：	日期：
印刷体姓名：	关系：