ENREGISTREMENT DES JEUNES ATHLETES

Special Olympics Young Athletes

Programme National Special Olympics :_____

Êtes-vous un nouvel athlète Special Olympics ou est-ce une réinscription ? ☐ Nouveau ☐ Réinscription

INFORMATIONS SUR L'ATHLÈTE		
Prénom :	**Nom de famille :**	
Date de naissance	**☐ Femme ☐ Homme**	
A une déficience intellectuelle ou développementale : ❒ Oui ❒ Non		
Race / origine ethnique (facultatif) :		
Langue(s) parlée(s) au domicile de l'athlète (facultatif) :		
Taille de chemise : ❒ Jeunesse Petit ❒ Jeunesse Milieu ❒ Jeunesse Grand		
❒ Exige emplacements accessibles aux fauteuils roulants		
❒ Besoins linguistiques :		
❒ Conditions médicales :		
❒ Régime alimentaire spécial :		
❒ Autres :		
INFORMATION PARENT / TUTEUR		
Nom :		
Relation :		
Addresse :	**Ville :**	
État / Province :	**Pays :**	**Code postal :**
Téléphone :	**E-mail :**	
COORDONNÉES EN CAS D'URGENCE		
☐ Mêmes que le parent / tuteur		
Nom :		
Téléphone :	**Relation :**	

FORMULAIRE DE DÉCHARGE DE RESPONSABILITÉ DE L'ATHLÈTE

Special Olympics Young Athletes

Je suis le parent / tuteur de l'athlète nommé ci-dessous et j'accepte ce qui suivent :

1. **Capacité de participer.** Je suis physiquement capable de participer aux activités de Special Olympics.

2. **Publication de l'image.** Je donne la permission à Special Olympics, Inc., aux Comités d'Organisation de Jeux de Special Olympics et aux Programmes accrédités Special Olympics (collectivement « Special Olympics ») d'utiliser mon image, photos, vidéos, nom, voix et expressions afin de promouvoir Special Olympics et de recueillir des fonds pour Special Olympics.

3. **Risque de commotion et autres blessures.** Je suis conscient qu'il y a un risque de blessure. Je suis conscient du risque qu'il y a à continuer à faire du sport avec ou après une blessure. Je pourrais avoir des soins médicaux si l'on suspecte que j'ai une commotion ou une blessure. Je devrais attendre 7 jours ou plus et obtenir la permission d'un médecin avant de recommencer à faire du sport.

4. **Soin d'urgence.** Si je suis dans l'incapacité, ou que mon tuteur n'est pas disponible, pour consentir ou pour prendre des décisions médicales en cas d'urgence, j'autorise Special Olympics à rechercher des soins médicaux en mon nom, sauf si je coche l'une de ces cases :

   ☐ J'ai une objection de conscience ou autre m'empêchant de recevoir un traitement médical. (Peu commun)

   ☐ Je ne consent pas aux transfusions sanguines. (Peu commun)

   (Si l'une de ces cases est cochée, un FORMULAIRE DE REFUS DE SOIN MÉDICAL D'URGENCE doit être rempli.)

5. **Programmes de santé.** Si je participe à un programme de santé, j'accepte les activités, examens et traitements de santé. Cela ne devrait pas remplacer les soins de santé réguliers. Je peux refuser un traitement ou à autre chose à tout moment.

6. **Renseignements Personnels.** Je comprends que Special Olympics recueillera mes renseignements personnels dans le cadre de ma participation, y compris mon nom, image, adresse, numéro de téléphone, informations de santé et d'autres informations personnelles ainsi que les informations personnelles relatives à mon état de santé que je fournirai à Special Olympics (« renseignements personnels »).
   - J'accepte et j'autorise Special Olympics à :
     - utiliser mes renseignements personnels afin de : s'assurer que je suis admissible et que je peux participer en toute sécurité ; exécuter des entraînements et des événements ; partager les résultats de la compétition (y compris sur le Web et dans les médias) ; fournir un traitement de santé si je participe à un programme de santé ; analyser les données dans le but d'améliorer le programme et d'identifier et de répondre aux besoins des participants de Special Olympics ; effectuer des opérations informatiques, assurer la qualité, tester et d'autres activités connexes ; et fournir des services liés aux événements.
     - utiliser mes renseignements personnels à des fins de communication et de marketing, y compris des communications directes de marketing numérique par courrier électronique, SMS, médias sociaux et autres canaux.
     - partager mes renseignements personnels avec (i) des chercheurs, des partenaires commerciaux, des organismes de santé publique et d'autres organisations qui étudient les handicaps intellectuels et l'impact des activités de Special Olympics, (ii) des professionnels de la santé en cas d'urgence, et (iii) des autorités gouvernementales afin de m'aider pour les visas requis pour les voyages internationaux nécessaires pour participer aux événements Special Olympics et à toute autre fin nécessaire pour protéger la sécurité publique, répondre aux demandes du gouvernement et signaler les informations requises par la loi.
   - Je comprends que Special Olympics est une organisation mondiale ayant son siège aux États-Unis d'Amérique. Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être stockés et traités dans des pays extérieurs à mon pays de résidence, y compris aux États-Unis. Ces pays peuvent ne pas avoir le même niveau de protection des données personnelles que mon pays de résidence et j'accepte le fait que les lois des États-Unis régiront votre traitement de mes renseignements personnels conformément à ce consentement.
   - J'ai le droit de demander de voir mes renseignements personnels ou d'être informé des renseignements personnels traités à mon sujet. J'ai le droit de demander de corriger et de supprimer mes renseignements personnels et de restreindre le traitement de mes renseignements personnels s'il n'est pas conforme à ce consentement.
   - *Politique de confidentialité* Les renseignements personnels peuvent être partagés conformément à ce formulaire et, comme expliqué plus en détail dans la politique de confidentialité de Special Olympics à l'adresse www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.aspx.

Nom de l'Athlète :	
SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR :	
Je suis un parent ou tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire. En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète.	
Signature du Parent / Tuteur :	**Date :**
Nom en toutes lettres :	**Relation :**

JEUNES ATHLÈTES PUBLICATION DE L'IMAGE POUR LES SPONSORS (FACULTATIF)

Special Olympics s'appuie sur les sponsors et les partenaires pour aider à soutenir notre mission. Nous utilisons souvent des photos, des vidéos et des histoires de nos athlètes afin de montrer l'impact du soutien des entreprises qui parrainent Special Olympics. Si vous souhaitez que l'image d'athlète jeune soit utilisée de cette façon, veuillez lire et signer ci-dessous.

J'accepte ce qui suit :

- Je donne la permission à Special Olympics, Inc., aux comités organisateurs de jeux Special Olympics et aux Programmes accrédités Special Olympics (collectivement « Special Olympics ») et leurs sponsors et partenaires d'utiliser mon image, photos, vidéos, nom, voix et expressions (« mon image ») pour remercier le soutien des sponsors et des partenaires à Special Olympics.
- Special Olympics et ses sponsors et partenaires n'utiliseront pas mon image pour promouvoir des produits ou des services commerciaux.
- Je comprends que ni l'athlète jeune ni moi ne recevrai aucune compensation liée à l'utilisation de mon image.

Nom de l'Athlète :	
SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR :	
Je suis un parent ou tuteur de l'athlète. J'ai lu et compris ce formulaire. En signant, j'accepte ce formulaire en mon propre nom et au nom de l'athlète.	
Signature du Parent / Tuteur :	**Date :**
Nom en toutes lettres :	**Relation :**