

# ФОРМА ДЛЯ РЕГИСТРАЦИИ МОЛОДЫХ СПОРТСМЕНОВ



Национальная программа Специальной Олимпиады:

Регистрация в Специальной Олимпиаде

Впервые

Повторно

ИНФОРМАЦИЯ О МОЛОДОМ СПОРТСМЕНЕ		
Имя:	Фамилия:	
Дата рождения	<input type="checkbox"/> Жен. <input type="checkbox"/> Муж.	
Проблемы в интеллектуальном развитии или нарушения в развитии:	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
Расовая / этническая принадлежность (указывается по желанию):		
Язык (и), используемые в доме молодого спортсмена (необязательно):		
Размер:	<input type="checkbox"/> маленький детский	<input type="checkbox"/> средний детский <input type="checkbox"/> большой детский
<input type="checkbox"/> Требуется доступ для инвалидных колясок		
<input type="checkbox"/> Языковая поддержка:		
<input type="checkbox"/> Медицинское состояние:		
<input type="checkbox"/> Специальная диета:		
Другое		
ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ / ОПЕКУНЕ		
Фамилия, имя:		
Степень родства:		
Адрес:		Город:
Штат / Провинция:	Страна:	Почтовый индекс:
Телефон:	Адрес электронной почты:	
КОНТАКТНОЕ ЛИЦО ДЛЯ ЭКСТРЕННОЙ СВЯЗИ		
<input type="checkbox"/> 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:

- Возможность принимать участие.** Молодой Спортсмен физически способен принять участие в Специальной Олимпиаде.
- 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.
- 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.
- 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.)
- 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.
- 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 понимаю, что Специальная Олимпиада является всемирной организацией со штаб-квартирой в Соединенных Штатах Америки. Я признаю, что личная информация может храниться и обрабатываться за пределами моей страны проживания, включая Соединенные Штаты. Уровень защиты персональных данных в этих странах может отличаться от установленного в моей стране проживания и я согласен с тем, что обработка личной информации будет регулироваться законодательством Соединенных Штатов, как указано в данном соглашении.
  - 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](http://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 ("Образа") 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 не понимаю, что ни Молодой Спортсмен, ни я не получу компенсацию за использование Образа Молодого спортсмена.

Имя Молодого спортсмена:	
<b>ПОДПИСЬ РОДИТЕЛЯ / ОПЕКУНА</b>	
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: