

INSCRIPCIÓN DE ATLETAS JÓVENES



Programa Nacional de Olimpiadas Especiales: _____

¿Es nuevo en Olimpiadas Especiales o se está reinscribiendo?

Nuevo

Reinscripción

INFORMACIÓN DEL ATLETA JOVEN			
Nombre:		Apellidos:	
Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
Tiene una discapacidad intelectual o de desarrollo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Raza/Origen étnico (opcional):			
Idioma(s) que se hablan en el hogar del Atleta Joven (opcional):			
Talla de la camiseta: <input type="checkbox"/> Joven pequeño <input type="checkbox"/> Joven medio <input type="checkbox"/> Joven grande			
<input type="checkbox"/> Requiere lugares accesibles con silla de ruedas			
<input type="checkbox"/> Necesidades de idiomas:			
<input type="checkbox"/> Condiciones médicas:			
<input type="checkbox"/> Dieta especial:			
<input type="checkbox"/> Otros:			
INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR			
Nombre:			
Relación:			
Dirección:		Ciudad:	
Estado/provincia:		País:	Código Postal:
Teléfono:		E-mail:	
INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA			
<input type="checkbox"/> 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:

- Capacidad para participar.** El Atleta Joven está en condiciones físicas para participar en Olimpiadas Especiales.
- 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 Especiales") 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.
- 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.
- 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)
- 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.
- 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.
 - Entiendo que Olimpiadas Especiales es una organización mundial con oficinas centrales en los Estados Unidos de América. Reconozco que la información personal podrá almacenarse y procesarse en países distintos de mi país de residencia, incluyendo los Estados Unidos. Dichos países podrían no tener el mismo nivel de protección de datos personales que mi país de residencia, y estoy de acuerdo en que las leyes de los Estados Unidos regirán el procesamiento de la información personal según se estipula en este consentimiento.
 - 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.

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: