

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:	<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)	
<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio American	<input type="checkbox"/> Asiático Americano
<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra de las Islas del Pacífico
<input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico	<input type="checkbox"/> Hispano o Latinx
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
<input type="checkbox"/> Más de una raza	
Idioma(s) que se hablan en el hogar del Atleta Joven (opcional): Marque todos los que correspondan	
<input type="checkbox"/> inglés	<input type="checkbox"/> español
<input type="checkbox"/> otro (indique por favor):	
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:	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 liberación: acepto lo siguiente:

- 1. Capacidad para participar.** Soy físicamente capaz de participar en las actividades de Olimpiadas Especiales.
- 2. Liberación de semejanza.** Doy permiso a Special Olympics, Inc., a los comités organizadores de juegos de Special Olympics y a los Programas acreditados de Special Olympics (colectivamente, "Special Olympics") para usar mi imagen, foto, video, nombre, voz, palabras e información biográfica para promover Special Olympics. y recaudar fondos para Olimpiadas Especiales.
- 3. Riesgo de conmoción cerebral y otras lesiones.** Sé que hay riesgo de lesiones. Entiendo el riesgo de continuar practicando deportes con o después de una conmoción cerebral u otra lesión. Es posible que deba recibir atención médica si tengo una conmoción cerebral sospechosa u otra lesión. También es posible que tenga que esperar 7 días o más y obtener el permiso de un médico antes de comenzar a practicar deportes nuevamente.
- 4. Atención de emergencia.** Si no puedo, o mi tutor no está disponible, para dar mi consentimiento o tomar decisiones médicas en una emergencia, Autorizo a Olimpiadas Especiales a buscar atención médica en mi nombre, a menos que marque una de estas casillas:

- Tengo una objeción religiosa o de otro tipo para recibir tratamiento médico. (No es común.)
- No doy mi consentimiento para las transfusiones de sangre. (No es común.)

(Si cualquiera de las casillas está marcada, se debe completar un FORMULARIO DE RECHAZO DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA).

- 5. Estancia de una noche.** Para algunos eventos, puedo quedarme en un hotel o en la casa de alguien. Si tengo preguntas, las haré.
 - 6. Programas de Salud.** Si participo en un programa de salud, doy mi consentimiento para actividades de salud, exámenes y tratamiento. Esto no debe reemplazar la atención médica regular. Puedo decir que no al tratamiento oa cualquier otra cosa en cualquier momento.
 - 7. Información personal.** Entiendo que Olimpiadas Especiales recopilará mi información personal como parte de mi participación, incluido mi nombre, imagen, dirección, número de teléfono, información de salud y otra información de identificación personal y relacionada con la salud que proporcione a Olimpiadas Especiales ("información personal") .
- Estoy de acuerdo y consiento a Olimpiadas Especiales:
- usar mi información personal para: asegurarme de que soy elegible y puedo participar de manera segura; realizar capacitaciones y eventos; compartir los resultados de la competencia (incluso en la Web y en los medios de comunicación); proporcionar tratamiento de salud si participo en un programa de salud; analizar datos con el fin de mejorar la programación e identificar y responder a las necesidades de los participantes de Olimpiadas Especiales; realizar operaciones informáticas, control de calidad, pruebas y otras actividades relacionadas; y proporcionar servicios relacionados con eventos.
 - using my contact information for communicating with me about Special Olympics.
 - compartir mi información personal de manera confidencial 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 fin de ayudar con cualquier visa requerida para viajes internacionales a eventos de Olimpiadas Especiales y para cualquier otro propósito necesario para proteger la seguridad pública, responder a solicitudes gubernamentales y reportar información según lo exija la ley.
 - Tengo derecho a solicitar ver mi información personal o ser informado sobre la información personal que se procesa sobre mí. Tengo derecho a solicitar que se corrija y elimine mi información personal, y a restringir el procesamiento de mi información personal si es inconsistente con este consentimiento.
 - Política de privacidad. La información personal se puede usar y compartir de acuerdo con este formulario y como se explica con más detalle en la política de privacidad de Olimpiadas Especiales en www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

Nombre del atleta:	
FIRMA DEL ATLETA (requerido para atletas adultos con capacidad para firmar documentos legales)	
He leído y entiendo este formulario. Si tengo preguntas, las haré. Al firmar, acepto este formulario.	
Firma del atleta:	Fecha:
FIRMA DEL PADRE / TUTOR (obligatorio para atletas menores de edad o sin capacidad para firmar documentos legales)	
Soy padre o tutor del atleta. He leído y entiendo este formulario y he explicado el contenido al atleta según corresponda. Al firmar, acepto este formulario en mi propio nombre y en representación del atleta.	
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:
Nombre impreso:	Relación:



Renuncia y Liberación de Responsabilidad, Asunción de Riesgo y Acuerdo de Indemnización por Enfermedades Transmisibles

En consideración a que se le permita participar de cualquier manera en el entrenamiento deportivo, la competencia o las actividades de recaudación de fondos de Olimpiadas Especiales, el abajo firmante reconoce, aprecia y acepta que:

1. La participación incluye la posible exposición y enfermedades infecciosas y/o transmisibles, incluidas, entre otras, MRSA, influenza y COVID-19. Si bien las reglas particulares y la disciplina personal pueden reducir este riesgo, existe el riesgo de enfermedad grave y muerte; y,
2. ASUMO A CONOCIMIENTO Y LIBREMENTE TODOS DICHOS RIESGOS, tanto conocidos como desconocidos, INCLUSO SI SURGEN DE LA NEGLIGENCIA DE LOS EXONERADOS u otros, y asumo toda la responsabilidad por mi participación; y,
3. Acepto voluntariamente cumplir con los términos y condiciones establecidos y habituales para la participación en lo que respecta a la protección contra enfermedades infecciosas. Sin embargo, si observo algún peligro inusual o significativo durante mi presencia o participación, me retiraré de la participación y lo comunicaré al funcionario más cercano de inmediato; y,
4. Yo, por mí mismo y en nombre de mis herederos, cesionarios, representantes personales y parientes más cercanos, POR LA PRESENTE LIBERO Y EXONERO DE RESPONSABILIDAD a Special Olympics, Inc, Special Olympics Delaware, sus funcionarios, funcionarios, agentes y/o empleados, otros participantes, agencias patrocinadoras, patrocinadores, anunciantes y, si corresponde, propietarios y arrendadores de las instalaciones utilizadas para llevar a cabo el evento ("LIBERADOS"), CON RESPECTO A CUALQUIER ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD, MUERTE o pérdida o daño a personas o bienes, YA SEA DERIVADO DE LA NEGLIGENCIA DE LOS LIBERADOS O DE OTRO MODO, en la mayor medida permitida por la ley.

HE LEÍDO ESTE ACUERDO DE LIBERACIÓN DE RESPONSABILIDAD Y ASUNCIÓN DE RIESGO, ENTIENDO COMPLETAMENTE SUS TÉRMINOS, ENTIENDO QUE HE RENUNCIADO DERECHOS SUSTANCIALES AL FIRMARLO, Y LO FIRMO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE SIN NINGÚN INDUCTO.

Nombre del participante: _____

Firma del participante: _____

Fecha de firma: _____

PARA PARTICIPANTES DE EDAD MINORITARIA (MENORES DE 18 AÑOS EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN)
Esto es para certificar que yo, como padre/tutor, con responsabilidad legal por este participante, he leído y explicado las disposiciones de esta renuncia/renuncia a mi hijo/tutelado, incluidos los riesgos de la presencia y participación y sus responsabilidades personales para adherirse a las normas y reglamentos para la protección contra las enfermedades transmisibles. Además, mi hijo/tutelado comprende y acepta estos riesgos y responsabilidades. Yo, mi cónyuge y mi hijo/tutelado, doy mi consentimiento y acepto su liberación provista anteriormente para todos los Liberados y yo, mi cónyuge y su hijo/tutelado liberan y acepto indemnizar y eximir de responsabilidad a los Liberados por cualquier y todas las responsabilidades relacionadas con la presencia o participación de mi hijo menor/tutelado en estas actividades según lo dispuesto anteriormente, INCLUSO SI SURGEN DE SU NEGLIGENCIA, en la máxima medida prevista por la ley.

Nombre del padre / tutor: _____

Firma del Padre / Tutor: _____

Fecha de firma: _____