



Este es un formulario permanente que debe ser completado antes de que un estudiante participe en la formación o eventos del UNIFIED CHAMPION SCHOOLS.

Devuélvalo a: Special Olympics Indiana; 6200 Technology Center Drive, Suite 105; Indianapolis, IN 46278; Fax +1 317 328 2018; o Email: entries@soindiana.org conserve una copia. Escriba de forma legible.

SECCIÓN A: INFORMACIÓN GENERAL?

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: SEXO: [] VARÓN [] MUJER
ESCUELA: FECHA DE NACIMIENTO:
GRADO PRESENTE: AÑO DE GRADUACION: MES DÍA AÑO

INFORMACIÓN DE LOS PADRES / GUARDIÁN

NOMBRE DE PADRE(S) / GUARDIÁN:
DIRECCIÓN:
CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL: TELEFONO:
CORREO ELECTRÓNICO: CELULAR:

GUSTARÍA MÁS INFORMACIÓN SOBRE OLIMPIADAS ESPECIALES EN SU COMUNIDAD? [] SI [] NO

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA (SI NO ES EL PADRE / GUARDIÁN)

NOMBRE: CELULAR:
RELACIÓN AL ESTUDIANTE:

SECCIÓN B: DECLARACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Los estudiantes podrán estar en las Olimpiadas Especiales, siempre que hayan sido identificados por una escuela, o una agencia profesional de medicina, que tiene discapacidad intelectual o tienen una discapacidad de desarrollo, tales como limitaciones funcionales, tanto en el aprendizaje general y las habilidades de adaptación, tales como recreación, trabajo, vida independiente, dirección, o el cuidado personal.

Basados en la declaración de elegibilidad anteriormente, el estudiante participara como
[] ATLETA (estudiante con una discapacidad intelectual)
[] SOCIO UNIFICADO (estudiante sin una discapacidad intelectual y participa como compañero de equipo)

SECCIÓN C: CONSENTIMIENTO / DECLARACIÓN DE LIBERACIÓN

Yo, el padre (es) y / o guardián legal del solicitante arriba mencionado ("Participante") o participante adulto en las Olimpiadas Especiales, presento esta solicitud para participar en las Olimpiadas Especiales.

Yo represento y garantizo que, en mi consentimiento y conocimiento, el Participante está física y mentalmente capaz de participar en las actividades de las Olimpiadas Especiales. También represento que un profesional médico con licencia ha revisado la información médica contenida en la solicitud del participante y la tiene certificada, en base a un examen médico independiente, que no hay evidencias médicas que impidan a la persona su participación en las Olimpiadas Especiales.

Las Olimpiadas Especiales tienen permiso por siempre de usar la imagen del Participante, nombre, voz o palabras, ya sea en la televisión, la radio, una película, periódicos, revistas y otros medios de comunicación, y en cualquier forma, con el propósito de dar a conocer, promover o comunicar los propósitos y actividades de las Olimpiadas especiales y / o solicitud de fondos para apoyar estos propósitos y actividades.

Yo entiendo que al firmar el consentimiento de participación en el Programa de Atletas Saludables de las Olimpiadas Especiales, que proporcionan evaluaciones individuales del estado de salud y cuidado de la salud en las áreas de: la visión; salud bucal; audición; terapia física; y una variedad de áreas de promoción en la salud (altura, peso, protección solar, etc.). El Participante reconoce que la información recopilada como parte del proceso de selección, del Programa de Atletas Saludables se puede utilizar en forma de grupo o (de forma anónima) para evaluar y comunicar las necesidades generales sobre la salud de los atletas y el desarrollo de los programas para hacer frente a esas necesidades. El Participante reconoce que no hay obligación de participar en el Programa de Atletas Saludables y que él / ella puede decidir no participar. La Prestación de estos servicios de salud no pretende ser un sustituto de la atención regular. El Participante también entiende que él / ella debe buscar su propio consejo médico independientemente y asistencia con independencia de las disposiciones de estos servicios y que los Juegos Olímpicos Especiales, no es responsable de la provisión de estas disposiciones para mi salud.

Reconozco que los eventos de las Olimpiadas Especiales pueden implicar actividades durante la noche y que los arreglos de vivienda para cada evento pueden variar. Yo entiendo que debo ponerme en contacto con el Programa de las Olimpiadas Especiales en la jurisdicción del Participante si tengo alguna pregunta sobre los arreglos de la vivienda para un evento específico o la política de la vivienda en general.

Si, durante mi participación en actividades de las Olimpiadas Especiales, debo o necesito tratamiento médico de emergencia, y no soy capaz de dar mi consentimiento o hacer mis propios arreglos para que el tratamiento sé de por cualquier razón, autorizo a las Olimpiadas Especiales en tomar las medidas que consideren necesarias para proteger mi salud y bienestar, incluyendo, si es necesario, la hospitalización. (SI TIENE OBJECIONES RELIGIOSAS EN RECIBIR TRATAMIENTO MÉDICO, POR FAVOR MARQUE ESTE PÁRRAFO, INICIALMENTE Y FÍRMELO Y ADJUNTE LA DISPOSICIÓN ESPECIALES CON RESPECTO A LA FORMA Y TRATAMIENTO MÉDICO.)

SECCIÓN D: FIRMAS

He leído y entendido completamente las disposiciones de la liberación. Yo entiendo que al firmar esta solicitud, estoy diciendo que estoy de acuerdo con las disposiciones de este comunicado y en observar y respetar las reglas de las Olimpiadas Especiales y los Juegos Olímpicos Especiales de Indiana. REVISE TODOS LOS DATOS PARA ESTAR SEGURO.

Nombre (Imprenta) Relación con el estudiante
Firma del padre / tutor (para estudiantes menores de 18 años) Fecha