



برنامج الأولمبياد الخاص المحلي: _____

هل أنت رياضي جديد في الأولمبياد الخاص؟ نعم لا

معلومات الرياضي - يتم استكمالها من قبل الرياضي أو أهل / الوصي / مقدم الرعاية.

الاسم الأول: _____ اسم الوالد: _____ العائلة: _____

تاريخ الميلاد (يوم/شهر/سنة): _____ / _____ / _____ النوع: _____ انثى ذكر أفضل عدم الإجابة

البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____ هاتف أرضي هاتف محمول

عنوان المنزل: _____ البلد: _____

معلومات الأهل / الوصي - مطلوبة إذا كان القاصر أو لديه وصي قانوني.

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ العلاقة بالرياضي: _____

البريد الإلكتروني: _____ رقم الهاتف: _____ هاتف أرضي هاتف محمول

عنوان المنزل: _____ البلد: _____

نفس الشخص أعلاه في معلومات الأهل / الوصي

الاتصال في حالات الطوارئ

الاسم الأول: _____ اسم العائلة: _____ رقم الهاتف: _____ هاتف أرضي هاتف محمول

العلاقة بالرياضي: الأهل / الوصي مقدم الرعاية أحد أفراد العائلة مقدم الرعاية الصحية مدرب آخر

الشروط المرتبطة - إلزامية

الحالات المرتبطة حدد كل ما ينطبق:	التوحد متلازمة مارفان آخر	الشلل الدماغي السنسنة المشقوقة مجهول	متلازمة داون الصرع	متلازمة الكحول الجنينية متلازمة X الهشة
يرجى تحديد تشخيصات الإعاقة الفكرية المعروفة الأخرى:				

الأجهزة المساعدة والتسهيلات - هل تستخدم أيًا مما يلي؟ حدد كل ما ينطبق:

التنقل	جهاز للمشي الأطراف الصناعية	دعامات أو عكازات لا شيء	كرسي متحرك	أجهزة تقويم قابلة للإزالة
مساعات نمط الحياة	جهاز CPAP لا شيء	أطقم أسنان	نظارات، عدسات لاصقة، أو نظارات واقية	
التواصل	سماعة أذن	أجهزة الاتصال و التواصل	لغة الإشارة	لا شيء
الأجهزة الطبية	مزيل الرجفان القلبي القابل للزرع (ICD) تحويلية VP	جهاز تنظيم ضربات القلب	جهاز قابل للزرع لإدارة النوبات لا شيء	
هل لديك متطلبات غذائية محددة؟	نعم لا	إذا كان الجواب نعم، يرجى التحديد:		
هل تستخدم أجهزة مساعدة أخرى؟	نعم لا	إذا كان الجواب نعم، يرجى التحديد:		

هل لديك مرض في القلب؟	نعم	لا
هل أنت مصاب بالربو؟	نعم	لا
هل لديك مرض السكري الذي يتطلب منك تناول الأنسولين؟	نعم	لا
هل لديك ضعف في البصر؟	نعم	لا
هل لديك ضعف في السمع؟	نعم	لا
هل لديك اضطراب نزيف الدم؟	نعم	لا
هل سبق للطبيب أن حد من مشاركتك في الألعاب الرياضية؟	نعم	لا
هل تعاني من الصرع أو أي نوع من اضطرابات النوبات؟	نعم	لا
هل لديك مرض الخلايا المنجلية / داء الكريات المنجلية؟	نعم	لا

هل أصبت بارتجاج في المخ من قبل؟	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تحديد العدد في حياتك: _____
هل لديك حالات سلوكية و / أو صحة عقلية و / أو حسية؟	نعم	لا	تاريخ اخر ارتجاج (شهر/سنة): _____
هل لديك حساسية شديدة تتطلب استخدام EpiPen؟	نعم	لا	إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى التحديد: _____
			إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد ما إذا كان الأمر يتعلق بأي مما يلي: لسعات الحشرات الأدوية طعام اللاتكس أخرى (يرجى التحديد): _____

الأدوية والعلاج

هل تتناول أي أدوية أو علاجات تصرف بوصفة طبية أو دون وصفة طبية؟ (بما في ذلك حبوب منع الحمل ، الأنسولين ، حقن أو حبوب الحساسية متعددة الفيتامينات ، EpiPen ، أجهزة استنشاق الربو ، أدوية الصرع ، الأدوية المضادة للالتهابات ، المكملات الغذائية من أي نوع. إلخ.)

نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى ذكر ما يلي:

اسم الدواء أو الفيتامينات أو المكملات الغذائية	الجرعة	عدد مرات تناول في اليوم

اسم الدواء أو الفيتامينات أو المكملات الغذائية	الجرعة	عدد مرات تناول في اليوم

اسم الشخص الذي يملأ النموذج: _____

تاريخ اليوم (يوم/شهر/سنة): _____/_____/_____

هل يتم إكمال هذا النموذج من قبل شخص آخر غير الرياضي؟ نعم لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، يرجى تحديد العلاقة بالرياضي:

العلاقة مع الرياضي: الأهل / الوصي مقدم الرعاية مقدم الرعاية الصحي أحد أفراد العائلة مدرب آخر

يشجع الأولمبياد الخاص جميع المشاركين على إجراء فحص بدني سنوي.

يرجى قراءة المعلومات التالية وملء خانات الاختيار بالكامل قبل التوقيع.

أوافق على ما يلي:

1. **القدرة على المشاركة.** أنا قادر جسدياً على المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص، وسوف ألتزم بجميع القواعد والمتطلبات وقواعد السلوك المعمول بها.
2. **تصريح باستخدام الصورة.** أعطي الإذن للجنة الأولمبية الخاصة، ولجان تنظيم الألعاب الأولمبية الخاصة، والبرامج المعتمدة من الأولمبياد الخاص (مجتمعة "الأولمبياد الخاص")، وكذلك الداعمين والشركاء الرسميين للأولمبياد الخاص الذين لديهم تفويض من الأولمبياد الخاص، باستخدام صورتي، وصوتي، واسمي، وكلماتي، ومعلوماتي البيوغرافية، والمواد المشابهة أو ذات الصلة (صورتي) للترويج للأولمبياد الخاص وجمع التبرعات للأولمبياد الخاص. أفهم أن صورتي قد تُستخدم في جميع أشكال الوسائط في الحملات المحلية أو العالمية - بما في ذلك تلك التي يقوم بها داعمو وشركاء الأولمبياد الخاص - ولكن أفهم أن صورتي لن تُستخدم لتأييد المنتجات أو الخدمات التجارية. أفهم أنني لن أتلقي تعويضاً عن استخدام صورتي.
3. **رعاية الطوارئ.** إذا لم أتمكن، أو لم يكن ولي أمري متاحاً، للموافقة أو اتخاذ قرارات طبية في حالة الطوارئ، فإنني أفوض الأولمبياد الخاص بطلب الرعاية الطبية نيابة عني، ما لم أضع علامة على أحد هذه المربعات:
لدي اعتراض ديني أو أي اعتراض آخر على تلقي العلاج الطبي.
أنا لا أوافق على عمليات نقل الدم.
(إذا تم وضع علامة على أي من المربعين، فيجب إكمال نموذج رفض الرعاية الطبية الطارئة.)
4. **الإقامة الليلية.** لبعض الأحداث، قد تكون هناك حاجة إلى ترتيبات إقامة ليلية. إذا كانت لدي أسئلة، سأقوم بالاتصال ببرنامج الأولمبياد الخاص بي.
5. **البرامج الصحية.** إذا شاركت في برنامج صحي، فأنا أوافق على الأنشطة الصحية والفحوصات والعلاج. هذا لا ينبغي أن يحل محل الرعاية الصحية العادية. لدي الحق في رفض علاج البرمجة الصحية (الذي يختلف عن الرعاية الطبية الجانبية أو الطارئة) في أي وقت.
6. **المعلومات الشخصية.** أدرك أن الأولمبياد الخاص سيجمع معلوماتي الشخصية كجزء من مشاركتي، بما في ذلك اسمي وصورتي وعنواني ورقم هاتفي ومعلوماتي الصحية وغيرها من المعلومات الشخصية والمتعلقة بالصحة التي أقدمها إلى الأولمبياد الخاص ("المعلومات الشخصية").

أوافق وأعطي موافقتي للأولمبياد الخاص على:

- استخدام معلوماتي الشخصية من أجل: التأكد من أنني مؤهل ويمكنني المشاركة بأمان؛ إدارة الدورات التدريبية والأحداث؛ مشاركة نتائج المنافسة (بما في ذلك على شبكة الإنترنت وفي وسائل الإعلام)؛ توفير العلاج الصحي إذا شاركت في برنامج صحي؛ تحليل البيانات لأغراض تحسين البرمجة وتحديد احتياجات المشاركين في الأولمبياد الخاص والاستجابة لها؛ إجراء عمليات الكمبيوتر وضمان الجودة والاختبار والأنشطة الأخرى ذات الصلة؛ وتقديم الخدمات المتعلقة بالحدث.
- استخدام معلومات الاتصال الخاصة بي للتواصل معي بشأن الأولمبياد الخاص.
- مشاركة معلوماتي الشخصية بسرية مع (i) الباحثين مثل الجامعات ووكالات الصحة العامة التي تدرس الإعاقات الفكرية وتأثير أنشطة الأولمبياد الخاص، (ii) المهنيين الطبيين في حالات الطوارئ، و (iii) السلطات الحكومية لغرض مساعدتي في أي تأشيرات مطلوبة للسفر الدولي إلى أحداث الأولمبياد الخاص ولأي غرض آخر ضروري لحماية السلامة العامة، الاستجابة لطلبات الحكومة، والإبلاغ عن المعلومات كما يقتضي القانون.
- لدي الحق في طلب الإطلاع على معلوماتي الشخصية أو أن يتم إبلاغي بالمعلومات الشخصية التي تتم معالجتها عني. لدي الحق في طلب تصحيح وحذف معلوماتي الشخصية، وتقبيد معالجة معلوماتي الشخصية إذا كانت تتعارض مع هذه الموافقة.

سياسة الخصوصية. يمكن استخدام المعلومات الشخصية ومشاركتها بما يتفق مع هذا النموذج وكما هو موضح بمزيد من التفصيل في سياسة خصوصية الأولمبياد الخاص في www.SpecialOlympics.org/Privacy-Policy.

اعراض انضغاط الحبل الشوكي وعدم الاستقرار الفققي المحوري (للرياضيين ذوي متلازمة داون فقط)

إذا تم تشخيصي (أو الرياضي) أو عانيت من أي من الأعراض التالية التي زادت شدتها خلال السنوات الثلاث الماضية - صعوبة التحكم في الأمعاء أو المثانة. خدر أو وخز في الساقين أو الذراعين أو اليدين أو القدمين؛ ضعف في الذراعين أو الساقين أو اليدين أو القدمين. الحالات Burner/Stinger/Pinched Nerve، ألم في الرقبة، الكتفين الظهر، الذراعين، اليدين، الأرداف، الساقين أو القدمين؛ التشنج أو الشلل - يجب أن أحصل على مراجعة وإذن من ممارس طبي مرخص للتدريب و / أو المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص.

التنازل والإفراج عن المسؤولية / تحمل المخاطر / التعويض

بالنظر إلى السماح لهم بالمشاركة بأي شكل من الأشكال في أنشطة الأولمبياد الخاص، يقر الموقعون أدناه ويقدرّون ويوافقون على ما يلي:

1. في حين أن قواعد معينة والانضباط الشخصي قد يقلل من هذا الخطر ، فإن خطر المرض (بما في ذلك الأمراض المعدية) والإصابة (بما في ذلك الارتجاج) والإعاقة والوفاة موجود.

2. إذا لاحظت أي خطر غير عادي أو كبير أثناء وجودي أو مشاركتي، فسوف أمتنع عن المشاركة وألفت انتباه أقرب ممثل للأولمبياد الخاص على الفور؛ و

3. أتفهم المخاطر التي تنطوي عليها المشاركة في أنشطة الأولمبياد الخاص. أقبل وأتحمل تماما جميع المخاطر وجميع المسؤوليات عن الخسائر والتكاليف والأضرار التي قد أتكبدها نتيجة لمشاركتي. إلى أقصى حد يسمح به القانون، أفرج وأوافق على عدم مقاضاة أي منظمة للأولمبياد الخاص، ومديريها، ووكلائها، ومتطوعيها، وموظفيها، والمشاركين الآخرين، والوكالات الراعية، والرعاة، والمعلنين، وإذا كان ذلك ممكنا أصحاب وموجري المباني التي يحدث فيها أي نشاط للأولمبياد الخاص ("المفرج عنهم") المتعلقة بأي التزامات أو مطالبات أو خسائر على حسابي تسببت أو يزعم أنها ناجمة كلياً أو جزئياً من قبل المفرج عنهم حتى لو كانت ناشئة عن إهمال المفرج عنهم. لقد قرأت هذا الإفراج عن المسؤولية وتحمل بند المخاطر ، وأفهم تماماً شروطه ، وأقر بأنني تخليت عن حقوق جوهرية من خلال التوقيع عليه ، والتوقيع عليه بحرية وطوعية دون أي إغراء. أوافق أيضاً على أنه على الرغم من هذا الإفراج ، فأنا ، أو أي شخص نيابة عني ، قدم مطالبة ضد أي من المفرج عنهم ، فسوف أعوض كل من المفرج عنهم وأحتفظ بهم من أي من هذه الالتزامات أو المطالبات أو الخسائر نتيجة لهذه المطالبة. أوافق على أنه إذا تم اعتبار أي جزء من هذا النموذج غير صالح ، فستظل الأجزاء الأخرى سارية المفعول والتأثير الكامل.

اسم الرياضي: _____

توقيع الرياضي

(مطلوب للرياضي البالغ الذي لديه القدرة على توقيع المستندات القانونية)

لقد قرأت وفهمت هذا النموذج. إذا كان لدي أسئلة ، سوف أسأل. بالتوقيع ، أوافق على هذا النموذج.

توقيع الرياضي: _____

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____/_____/_____

توقيع الأهل / الوصي

(مطلوب للرياضي القاصر أو الذي يفقر إلى القدرة على توقيع المستندات القانونية)

أنا والد / أو وصي على الرياضي. لقد قرأت وفهمت هذا النموذج وشرحت محتوياته للرياضي حسب الاقتضاء. بالتوقيع ، أوافق على هذا النموذج بالأصالة عن نيابة عن الرياضي.

توقيع الأهل / الوصي: _____

التاريخ (يوم/شهر/سنة): _____/_____/_____

الاسم المطبوع: _____

العلاقة: _____

التقييم والبحث (اختياري)

يريد الأولمبياد الخاص مساعدة رياضيينا وعائلاتهم على البقاء بصحة جيدة وسعادة. قد نشارك في الدراسات البحثية ونشارك المعلومات لمشارككك المحتملة. سيتم فحص جميع الدراسات من قبل كبير مسؤولي الصحة في الأولمبياد الخاص.

هل أنت أو عائلتك مهتمون بالتعرف على الدراسات البحثية؟

نعم لا