



Formulario de Registro Atletas Jóvenes™

El propósito de este formulario es identificar a los individuos que participarán en el programa Piloto de Atletas jóvenes y proveer información específica e importante para asegurar la calidad del programa y demostrar su valor.

Acerca del Participante:

Nombre del Participante _____
(Apellido) (Nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado/Provincia: _____ Código Postal: _____ País: _____

Sexo: Masculino Femenino Fecha de Nacimiento: Mes ____ Día ____ Año ____

Hay algo acerca de su hijo que usted crea que debemos saber antes de que él/ella participe en el programa?

Asiste su hijo a una guardería formal o programa pre-escolar? Sí No

Asiste el participante al colegio? Sí (Qué grado/año: _____)
 No

Aparte de Atletas Jóvenes, está su hijo actualmente participando en otros programas para niños con discapacidades en su comunidad?

Sí No

Si es sí, por favor describa el programa:

NOMBRE DEL PROGRAMA

SERVICIOS RECIBIDOS

Sobre los padres/Tutores:

Nombre de los Padres/Tutores/Apoderado del participante: _____
Apellido Nombre

Dirección (si es distinta a la del participante) _____

Ciudad _____ Estado, Provincia _____ Código postal _____

País: _____ Teléfono _____ Celular # _____

Email: _____

Cuál es su relación con el participante que usted está registrando?

Padre/Tutor Hermano Otro miembro familia OTRO (especifique): _____

En qué año nació? (opcional) _____ Es usted Hombre Mujer

Nota: Esta información será de utilidad para comprender cómo el programa de Atletas Jóvenes puede ser hecho para abarcar a un grupo más amplio de individuos

1. ¿Qué adultos viven con el participante? (Marque todas las que se ajusten)

- Mamá
 Papá
 Tutor
 Abuelo(s)
 Otro _____

2. Vive el participante con algún hermano u otros niños?

- Sí No

Si es sí, con cuántos otros niños? _____

Si es sí, por favor proporcione el género, relación con el participante, y edad de cada niño

	GENERO	RELACION	EDAD
Ejemplo:	Niña	prima	12
Ejemplo:	Niño	hermano	4
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

3. Hubo algún otro miembro de su familia involucrado en Olimpíadas Especiales antes de este programa?

- Sí No

Si es sí, Cómo estaban involucrados (marque las que correspondan)

- Atleta
 Entrenador
 Voluntario
 Compañero



Formulario de Registro Atletas Jóvenes™

4. Cómo se enteró del Programa Atletas Jóvenes?

Porque este programa está en su primer año, estamos recolectando información que nos ayude a continuar y mejorar. Podemos contactarlo en el futuro?

- Sí
 No

Si es sí, quién será el contacto?

Nombre _____ Teléfono# _____

Email _____

Idioma preferente de comunicación _____

Información del Programa (A Completar por el personal de la Oficina)

Programa Olimpiadas Especiales: : _____
(País o estado)

Lugar o sub-programa (si es aplicable)

(Un lugar es definido como una ubicación específica de las actividades de atletas jóvenes
Ponga el nombre de la ciudad/pueblo donde se realizará atletas jóvenes

(Ciudad o pueblo)

Un programa (país o estado) puede tener múltiples lugares. El lugar donde los atletas jóvenes asisten es (Marque uno de los siguientes)

- Un lugar de grupo (asistido por múltiples familias en un colegio, centro, etc.)
 En casa (implementado por su familia u otros miembros en la casa)

Fecha que se completa este formulario Mes _____ Día _____ Año _____

Fecha en que el participante en atletas jóvenes completa el formulario de autorización: Mes _____ Día _____
Año _____

(Ponga la fecha de entrega del Formulario de Autorización de Participación el cual contiene la autorización firmada por el padre/tutor de un participante menor, material médicos y permisos para publicidad).

Nombre de la persona que completa este formulario: _____



Formulario de Registro Atletas Jóvenes™

Por favor recuerde firmar y fechar las dos páginas siguientes:

Formulario de Autorización de Atletas Jóvenes- RESUMEN

1) PARRAFO UNO:

▪ El Atleta da el consentimiento para participar en Olimpiadas Especiales o el Padre o guardián de un atleta menor da el permiso por el menor para participar en Olimpiadas Especiales.

2) PARRAFO DOS:

▪ Notificación del derecho de usar la imagen, voz o palabras del atleta para el propósito de publicidad de Olimpiadas Especiales, y conocimiento que los datos del estudio piloto serán usados para evaluación y mejoría del programa.

3) PARRAFO TRES:

▪ Autorización para que Olimpiadas Especiales proporcione al atleta el tratamiento médico en caso de una emergencia médica.

En caso de objeción religiosa tarje el Parrafo 3, coloque sus iniciales en el documento y complete el formulario adjunto sobre Objeciones Religiosas en la cara posterior de esta página

CUALQUIER CAMBIO O AGREGADOS AL FORMULARIO ABAJO DEBE SER APORBADO POR SOI

Formulario de Autorización de Atletas Jóvenes

A SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR DE UN ATLETA MENOR

1. Yo soy el padre/tutor de _____, el menor participante, en cuyo nombre he enviado la solicitud para participar en Olimpiadas Especiales / SPECIAL OLYMPICS. El participante cuenta con mi permiso para participar en las actividades de OLIMPIADAS ESPECIALES/ SPECIAL OLYMPICS. Yo represento y garantizo en el mejor de mi conocimiento y creencia, que el participante está física y mentalmente capacitado para participar en OLIMPIADAS ESPECIALES/ SPECIAL OLYMPICS .

2. Al autorizar la participación del participante, otorgo especialmente mi permiso a OLIMPIADAS ESPECIALES / SPECIAL OLYMPICS para hacer uso de la figura, nombre y palabras del atleta en televisión, radio, cine, diarios, revistas y otros medios de comunicación en cualquier forma, para fines de publicidad, promoción o comunicación de los propósitos y actividades de OLIMPIADAS ESPECIALES / SPECIAL OLYMPICS y/o postular a fondos para apoyar dichos propósitos y actividades. También entiendo que los datos del programa piloto atletas jóvenes serán usados para planificar, evaluar y mejorar el programa.

3.-En caso de emergencia médica durante la participación del participante en cualquiera de las actividades de OLIMPIADAS ESPECIALES / SPECIAL OLYMPICS y de no estar yo presente en el momento para ser consultado sobre la atención y cuidado del participante, autorizo a a OLIMPIADAS ESPECIALES / SPECIAL OLYMPICS a tomar, en mi nombre, las medidas necesarias que aseguren y garanticen que el participante reciba cualquier tratamiento médico de emergencia, incluyendo hospitalización, que OLIMPIADAS ESPECIALES / SPECIAL OLYMPICS juzgue necesaria para proteger la salud y bienestar del participante.

(SI USTED TIENE OBJECIONES RELIGIOSAS PARA RECIBIR DICHOS TRATAMIENTOS MEDICOS, POR FAVOR TARJE ESTE PARRAFO, COLOQUE SUS INICIALES, FIRMELO Y ADJUNTE EL FORMULARIO SOBRE CONDICIONES ESPECIALES RELATIVAS A TRATAMIENTO MEDICO)

Yo, soy el padre,(tutor) del participante nombrado en esta aplicación. He leído y entiendo plenamente los términos de la autorización de arriba y he explicado estos términos al participante. Mediante mi firma en este formulario de autorización, estoy de acuerdo con los términos indicados y en mi nombre y en el nombre del participante indicado arriba. Doy mi permiso para que el participante nombrado arriba participe en juegos de Olimpiadas Especiales, programas recreativos y programas de actividad física.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Formulario de Registro Atletas Jóvenes™

FORMULARIO DE OBJECIONES RELIGIOSAS

TERMINOS ESPECIALES RELATIVOS AL TRATAMIENTO MEDICO PARA ATLETAS QUE TENGAN OBJECIONES RELIGIOSAS AL FORMULARIO REGULAR

A LOS ATLETAS Y SUS PADRES:

Olimpiadas Especiales respeta las creencias religiosas de todos sus atletas. Nuestro formulario regular de solicitud requiere que cada atleta(o su padre, si el atleta es un menor) otorgue a Olimpiadas Especiales permiso para proporcionar un tratamiento médico de emergencia, incluyendo la hospitalización, para cualquier atleta si surge una emergencia médica durante su participación en Olimpiadas Especiales bajo circunstancias en las que ni el atleta o sus padres están disponibles para consentir dicho tratamiento de emergencia. Si usted tiene objeciones religiosas para aprobar estos términos, por favor, tarje el párrafo, coloque sus iniciales sobre el formulario de solicitud y envíe la solicitud junto con esta página, luego de haberla leído y firmado abajo.

A SER COMPLETADO POR EL PADRE O TUTOR DE UN ATLETA MENOR

Sobre el Formulario Oficial de Autorización de Olimpiadas Especiales, lo he tarjado y rechazado, a nombre de _____ (nombre del atleta), la provisión que autoriza que Olimpiadas Especiales haga los arreglos para el tratamiento de emergencia para el atleta si el atleta está lesionado y su padre no está disponible para consentir a dicho tratamiento. Estoy conteniendo esta autorización a nombre del atleta por bases religiosas. Sin embargo, a nombre mío y del atleta indicado en esta solicitud estoy de acuerdo con y confirmo lo siguiente:

1. Acuerdo estar presente con el atleta en todo momento en el lugar de cualquier evento de entrenamiento o competición de Olimpiadas Especiales en los que el atleta participe, incluyendo durante el viaje hacia y desde el entrenamiento, la competición, en los dormitorios, horas de comidas, y durante la competición, entrenamiento y sesiones de práctica de manera de estar permanentemente disponible para asumir la responsabilidad personal por el atleta si surge una emergencia médica. Yo entiendo que si no estoy presente en todos estos momentos, el atleta no le será permitido participar en ese evento, y no se hará ninguna excepción.

2. Yo también estoy de acuerdo en mi nombre y en el del atleta de liberar a Olimpiadas Especiales a sus empleados y voluntarios de cualquier y todo reclamo, querrela o exigencia de cualquier tipo que puedan surgir por la falla de Olimpiadas Especiales para tomar medidas para proporcionar al atleta un tratamiento médico de emergencia, durante eventos o actividades de Olimpiadas Especiales. Estoy de acuerdo con esta autorización debido a que he rehusado, voluntariamente y en pleno conocimiento, de otorgar a Olimpiadas Especiales permiso para tomar dichas medidas de emergencia, y lo he expresado directamente a Olimpiadas Especiales no hacerlo basado en creencias religiosas.

Firma del Padre/tutor

Fecha