



**Especial Olímpicos Arkansas
Jóvenes Atletas™
Formulario de Inscripción**

Nombre del participante _____
(Apellido) (primer/dado)

Los padres/tutores Nombre: _____
(Apellido) (primer/dado)

Dirección de Correo Electrónico: _____

Dirección postal: _____ Condado: _____

Estado: _____ / Zip Coda _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono celular: _____

Atletas Género: Macho Mujeres Atletas DOB: mes _____ día _____ año _____

Si su niño padece de alguna condición médica que debe saber acerca de antes de que él/ella participa en este programa?

Su niño ha sido diagnosticado con un retraso en el desarrollo? Si No

Aparte de los jóvenes atletas, es su hijo participa actualmente en cualquier otro tipo de programas para los niños con discapacidades en su comunidad? Si No

Si la respuesta es si, por favor describa el programa: _____

¿Cómo se enteró de los atletas jóvenes?: _____

Lanzamiento del programa jóvenes atleta Formulario

EN EL QUE SE EXTIENDE POR LOS PADRES O EL TUTOR DEL MENOR DEPORTISTA

Yo _____, el padre (tutor) de _____, el menor participante, en cuyo nombre he presentado la solicitud adjunta para la participación en las Olimpiadas Especiales. El participante tiene mi permiso para participar en las Olimpiadas Especiales. Además declaro y garantizo que, en el mejor de mi conocimiento y creencia, el participante se encuentra física y mentalmente capaz de participar en Olimpiadas Especiales.

Para permitir al participante a participar, estoy otorgando mi permiso, para siempre, a las Olimpiadas Especiales para utilizar la imagen de participante, nombre, voz y palabra, en televisión, radio, cine, periódicos, revistas y otros medios, y en cualquier forma, a los efectos de publicidad, promoción o comunicación de los fines y las actividades de las Olimpiadas Especiales y/o la aplicación de fondos para apoyar los objetivos y las actividades. También tengo entendido que el grupo de datos recopilados a partir de los jóvenes atletas Programa Piloto, será utilizada para planificar, evaluar y mejorar el programa.

Si una emergencia médica surgiera durante la participación en las actividades de los Juegos Olímpicos Especiales, en un momento en que no estoy presente personalmente para ser consultados acerca del cuidado de los participantes, por medio de la presente autorizo a Olimpiadas Especiales, en mi nombre, a tomar las medidas que sean necesarias para asegurar que el participante este provista con cualquier tratamiento médico de emergencia, incluida la hospitalización que Olimpiadas Especiales que estime conveniente a fin de proteger la salud del participante y el bienestar de las personas. **(SI USTED TIENE LAS OBJECIONES RELIGIOSAS PARA RECIBIR TAL TRATAMIENTO MEDICO, POR FAVOR, INICIALES Y FIRMAR Y ADJUNTAR LAS DISPOSICIONES ESPECIALES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO)**

Yo, el padre (tutor) del participante cuyo nombre aparece en esta solicitud, he leído y entendido completamente las disposiciones de la versión anterior y reconozco que las disposiciones han sido explicadas al participante. A través de mi firma en este documento, estoy de acuerdo con las disposiciones antes mencionadas, incluyendo mi nombre y el nombre del participante. Por medio de la presente doy mi permiso para que el participante a participar en juegos Olímpicos Especiales, programas de recreación y programas de actividad física.

Firma del padre/tutor

Fecha