



SOLICITUD PARA LA PARTICIPACION EN LAS OLIMPIADAS ESPECIALES

Una aplicacion válida para la participacion es obligatoria para todos los participantes

INFORMACION DEL ATLETA

Nombre del atleta (apellido espacio nombre)

La fecha del nacimiento

M M D D A A

Nombre de la agencia

Sexo (M o F)

La direccion postal del atleta

La direccion de la residencia de los padres/guardian

La ciudad del atleta

La ciudad de los padres/guardian

El estado

El estado

Código Postal

Teléfono de casa de los padres/guardian

INFORMACION SOBRE EL SEGURO DE SALUD Y EMERGENCIA

En caso de emergencia avisar a _____

El número de teléfono () _____

La compañía del seguro médico _____

El número de policia _____

LA AUTORIZACION PATERNAL O DEL GUARDIAN Y EL PERMISO PARA LA PRENSA

Yo, por mi propia parte o como el firmado padre/guardian del solicitante ya nombrado (de aqui en adelante nombrado como el "entrante"), y por este acto pido permiso para la participacion del Entrante en el Programa de las Olimpiadas Especiales.

Yo represento y garantizo a ustedes que el Entrante está físicamente y mentalmente capaz de participar en las Olimpiadas Especiales, y entrego con esto un certificado médico del Entrante. Comprendo que si el atleta tiene el Síndrome de "Down," él/ella no podrá tomar parte en los deportes o juegos que, por su propia naturaleza, podrían resultar en hipertension, flexion radical o presion directa en el cuello o la parte alta de la columna vertebral a menos que una radiografía establezca la ausencia de la inestabilidad Atlanto-Axial. Estoy consciente de que los deportes o juegos para los cuales esta radiografía es necesaria son los deportes ecuestres, ejercicios gimnásticos sin aparatos, los clavados, el pentatlón, la "mariposa" y los clavados básicos de la natación, el salto alto, la escuela de montaña o el fútbol.

Por parte del Entrante y de yo mismo, yo reconozco que el Entrante va a estar usando facilidades a su propia riesgo y yo, por mi propia parte, doy permiso, descargo y no cobraré ninguna indemnización a las Olimpiadas Especiales por ninguna obligacion para la herida a persona o daño a propiedad mia y del Entrante.

En permitir la participacion del Entrante, estoy específicamente dando permiso a ustedes para usar la semejanza, la voz y las palabras del Entrante en la television, radio, peliculas, periódicos, revistas y otro medio de informacion y en cualquier forma hasta ahora no descrita, para los propósitos de la publicidad o comunicando los propósitos y actividades de las Olimpiadas Especiales y en suplicando fondos para apoyar tales actividades.

Si yo no estoy presente personalmente en las actividades de las Olimpiadas Especiales en las cuales el Entrante va a competir, como para ser consultado en caso de necesidad, ustedes están autorizados por mi parte y por mi cuento para tomar tales medidas y arreglar el tratamiento médico y hospitalización que ustedes estiman aconsejable para la salud y el bienestar del Entrante.

YO, EL FIRMANTE ENTRANTE ADULTO he leído y entiendo por completo las provisiones del permiso arriba mencionado y/o me lo han explicado. Yo de esta forma estoy de acuerdo que yo y el Entrante estaremos limitados por este acuerdo y yo les defenderé a ustedes y no haré ningún cargo de cualquier desafirmación que yo haga.

YO, EL FIRMANTE PADRE Y/O GUARDIAN LEGAL DEL ENTRANTE, he leído y totalmente entendido las provisiones del permiso arriba mencionado y se las he explicado al Entrante. Yo de esta forma estoy de acuerdo que yo y el menor estaremos limitados por este acuerdo y yo les defenderé a ustedes y no haré ningún cargo de cualquier desafirmación que el menor haga.

Entrante _____

Padre y/o guardian _____

Testigo _____

La fecha _____

Escriba su nombre y apellido en letras mayúscula _____

La fecha _____

OFFICE ONLY

MEDICAL CLEARANCE

PLEASE CHECK MEDICAL INFORMATION

Down Syndrome Yes No
If athlete is Down Syndrome, have x-rays of the C1-C2 vertebrae been taken and examined? Yes No

Date of x-ray _____
Is the athlete clear of Atlantoaxial Instability? Yes No

Does the athlete have or is the athlete:
Heart Problems Yes No
Diabetic Yes No
Epileptic Yes No
Blind Yes No
Deaf Yes No
Hepatitis Yes No
Other _____

Current Medication _____ Dosage _____

Allergies to medication, if any: _____

Date of last Tetanus shot: _____

I have examined the above-named Entrant and, in my opinion, there is no mental or physical reason why he or she should not participate in the Special Olympics sports training and competition program. Further information will be forwarded if required. Current medication, if any, is specified with dosage on this application.

Examination Date _____

Signature _____

Print Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone () _____