

Nombre de Atleta _____ Nombre del Padre/Guardián: _____
(Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal _____ Fecha de Nacimiento: Mes ____ Día ____ Año ____ Sexo: Masculino Femenino

Teléfono: _____ Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Contacto Secundario Nombre: _____ Teléfono: _____

Talla de Camiseta de Atleta: Chico/Niño Mediano/Niño Grande/Niño Chico/Adulto Mediano/Adulto

Información Básica de la Salud:

Problema del Corazón Yes No Ciego Yes No

Diabetes Yes No Sordo Yes No

Epilepsia Yes No Hepatitis Yes No

Síndrome Down Yes No Si digo si -----> Claro AAI Yes No

Otro: _____ Alergias: _____

Étnica: Caucásico Negro/Afroamericano Asiático Hispano/Latino Otro _____

Joven Atleta esta registrada como: Joven Atleta Tradicional (Con discapacidad intelectual)
 Joven Atleta Pareja (Sin discapacidad intelectual)

Forma de Consentimiento

Soy el padre/guardián del niño participante en nombre de quien estoy presentando esta aplicación para participar en las Olimpiadas Especiales. El Participante tiene mi permiso para participar en las actividades de los Olimpiadas Especiales. Además yo represento y garantizo por mi conocimiento y creer que el participante esta físico y mentalmente capaz de participar en las Olimpiadas Especiales de Atletas Juveniles.

Permitiendo al participante de participar, yo garantizo mi permiso, para siempre, a las Olimpiadas Especiales de usar el nombre, su voz y sus palabras en la televisión, radio, videos, periódicos, revistas y otros medios de comunicación y en cualquier forma para el propósito de publicar, promover o comunicar el propósito y actividad de las Olimpiadas Especiales y/o aplicando para fondos para apoyar el propósito de las actividades. Yo también entiendo que la información que se colecte de los Atletas Juveniles será usada para planear, evaluar y mejorar el programa.

Si sucede alguna emergencia Medica durante la participación de los participantes en las actividades de las Olimpiadas Especiales, en el tiempo que yo no este presente así que pueda el participante obtener cuidados, yo autorizo a las Olimpiadas Especiales en mi nombre de tomar cualquier acción para asegurarse que el participante se le de el tratamiento medico necesario, incluyendo hospitalización, cual las Olimpiadas Especiales aconsejarían para proteger la salud y bienestar del participante. **(SI USTED TIENE ALGUNA OBJECION RELIGIOSA DE RECIBIR TRATAMIENTOS MEDICOS, POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON LAS OLIMPIADAS ESPECIALES DE ILLINOIS –SUPERVISOR DE LOS ATLETAS JUVENILES)**

Yo soy el padre/guardián del participante cuyo nombre esta en la aplicación. Yo he leído y he entendido las precauciones de la forma, y he explicado estas precauciones al participante. Por medio de mi firma en esta forma, yo estoy de acuerdo de las precauciones anteriores en mi nombre y el nombre del participante. Yo doy permiso al participante cual nombre esta arriba de participar en los juegos, programa de recreación y en el programa de actividades físicas.

Firma del Padre/Guardián _____

Escribe su Nombre con Letra de Molde _____

Fecha _____

Se requiere la firma original de los padres o guardines para las Olimpiadas Especiales de Illinois.

FORMULARIO VÁLIDO HASTA LAS PERSONAS NOVENO CUMPLEAÑOS CON PARTICIPACIÓN CONTINUADA.

Program Information (To Be Completed By Site Coordinator)

A program may have multiple sites. Site is defined as the specific location of the Young Athletes Activities. The Young Athlete site this child will attend is (Select one of the following.)

A group site - Special Olympics Illinois Agency At home (implemented by you or a family member at home)

Agency Name _____

School Name _____

Teacher Name _____

Class Time: AM PM ALL DAY

Agency SOAD/Site Coordinator _____