



SOLICITUD DE PARTICIPACIÓN EN OLIMPIADAS ESPECIALES DE ILLINOIS

Válida Solicitud de Participación es obligatoria para todos los competidores
605 E. Willow St. · Normal, IL 61761-2682 · 309-888-2551

SOILL Rev. 8-1-16

Área

Agencia #

INFORMACIÓN DEL ATLETA

Nombre del atleta (apellido espacio nombre)

Fecha de nacimiento

Nombre de la agencia

Sexo (M or F)

Domicilio Postal del Atleta

Domicilio de la casa de los padres o guardián (Por Favor Círculo Uno)

Ciudad del atleta

Ciudad de los padres o guardián

Estado

Código postal

Estado

Código postal

Etnicidad Blanco Negro/Afroamericano Asiático
 Hispano/Latino Otro _____

Teléfono de casa de los padres o guardián

INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD Y EMERGENCIAS (Requerido para Procesamiento)

En caso de emergencia avisar a _____

Teléfono de Emergencia (_____) _____

Compañía de seguro médico _____

Número de póliza _____

AUTORIZACIÓN PATERNAL O DEL GUARDIÁN Y EL PERMISO PARA LA PRENSA

Yo, en mi propio nombre o como el suscrito padre/guardián legal del solicitante mencionado arriba (desde aquí en adelante referido como el "Participante") por el presente, pido permiso para la participación del entrante o participante en los programas de Olimpiadas Especiales. Yo reconozco que Olimpiadas Especiales investigará a todos los participantes utilizando el Registro Público de Infractores Sexuales o el Registro de Asesinatos a Menores y Delinquentes Violetos Contra Jóvenes y yo entiendo que todos los participantes que aparecen en alguno de estos registros serán negados de participar. Afirmo que este Participante nunca ha sido sobre dicha Registros o, si el Participante ha recibido la clasificación a cada registro, pero desde entonces ha sido eliminado, me pondré en contacto con Olimpiadas Especiales de Illinois para obtener instrucciones antes de presentar esta solicitud.

Yo represento y garantizo a ustedes que el Participante está física y mentalmente apto para participar en Olimpiadas Especiales, y entrego con esto un certificado médico del Participante. Entiendo que si el atleta tiene el síndrome de "Down," él o ella no podrá tomar parte en los deportes o juegos que, por su propia naturaleza podrían resultar en hipertensión, flexión radical o presión 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, los ejercicios gimnásticos sin aparatos, los clavados, el pentatlón, la "mariposa" y los clavados básicos de la natación, el salto alto, la esquí de montaña, futbol soccer, habilidades de futbol soccer y halterofilia.

En nombre del Participante y yo reconozco que el Participante va a utilizar las instalaciones de su propia riesgo y que, en mi propia nombre, lo libero, descaego y indemnizar Olimpiadas Especiales de toda responsabilidad por daños a personas o daños a bienes de mí mismo y el Participante.

Al permitir la participación del Participante, estoy específicamente dando permiso a ustedes para usar la apariencia, la voz y las palabras del Participante en la televisión, radio, cine, periódicos, revistas y otros medios de información y en cualquier forma hasta ahora no descrita, para los propósitos de la publicidad o de comunicación de los propósitos y actividades de Olimpiadas Especiales y al pedir fondos para apoyar tales actividades. Tengo amplio conocimiento de que al firmar en el espacio provisto estoy dando mi consentimiento para que el principiante participe en el Programa de Atletas Sanos de Olimpiadas Especiales, mismo que proporciona pruebas individuales de estatus de salud y asesoría en cuanto a cuidados de salud. El Participante no tiene la obligación de participar y entiendo el Participante debe buscar su propio consejo medico y las Olimpiadas Especiales no es responsable de la salud del Participante.

Si yo no estoy presente personalmente en las actividades de Olimpiadas Especiales en las cuales el Participante va a competir, como para consultarse en caso de necesario, ustedes están autorizados en mi nombre y por mi cuenta a fin de tomar tales medidas y arreglar el tratamiento médico y hospitalización que ustedes juzguen aconsejable para la salud y el bienestar del Participante.

YO, EL PARTICIPANTE ADULTO Y FIRMANTE he leído y entiendo completamente las provisiones del permiso arriba mencionado y/o que me ha sido explicado. Yo, de esta manera estoy de acuerdo que yo y el Participante estaremos limitados y condicionados por este acuerdo y yo les defenderé a ustedes y no haré ningún cargo de cualquier desafiación que yo haga.

Firma del padre _____
o guardian _____
(Marque las casilla apropiada)
 Atleta es su propio guardián
Testigo _____ Fecha _____

La dirección electrónica del participante _____

YO, EL FIRMANTE PADRE Y/O GUARDIÁN LEGAL DEL PARTICIPANTE, he leído y totalmente entendido las provisiones del permiso arriba mencionado y se las he explicado al Participante. 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 desafiación o afirmación contraria que el menor haga.

Firma del padre _____
o guardian _____
(Marque las casilla apropiada)
Nombre (letra de molde) _____ Fecha _____

La dirección electrónica de los padres _____

APROBACIÓN MÉDICA

(MEDICAL CLEARANCE)

FAVOR DE CHEQUEAR LA INFORMACIÓN MÉDICA (PLEASE CHECK MEDICAL INFORMATION)

Síndrome de Down (Down syndrome) Sí No

Si el atleta tiene el síndrome de Down, ¿se ha tomado y hecho radiografías, o rayos X de las vértebras C1-C2? Sí No
(If athlete has Down syndrome, have x-rays of the C1-C2 vertebrae been taken and examined?)
Fecha de los rayos X (Date of x-ray) _____

¿Tiene el atleta la aprobación de la Inestabilidad Atlanto-Axial? Sí No
(Is the athlete clear of Atlantoaxial Instability?)

¿Es o tiene el atleta?: (Does the athlete have or is the athlete:)

Problemas del corazón (Heart Problems) Sí No
Diabético (Diabetic) Sí No
Epilepsia/Ataques epilépticos (Epileptic/Seizures) Sí No
Invidente (Blind) Sí No
Sordo (Deaf) Sí No
Hepatitis (Hepatitis) Sí No
Otros (Other) _____

Medicina que toma actualmente (Current Medication) Dosis (Dosage)

Alergias a medicinas (si tiene alguna): (Allergies to medication, if any:)

Fecha de la última inyección para el Tetano: (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 _____

Doctor's Signature _____

Print Name _____

Address _____

City _____ State _____ Zip _____

Phone (_____) _____