



APPLICATION FOR PARTICIPATION IN SPECIAL OLYMPICS

**Application Expires 3 Years from Doctor Examination Date

PLEASE PRINT

Athlete Name _____ Delegation (School/Facility) _____
 Birthdate _____ Gender _____ Parent/Guardian (circle one) _____
 Athlete Phone _____ Parent Address _____
 Athlete Address _____ City _____ State _____ Zip _____
 City _____ State _____ Zip _____ Parent/Guardian Phone _____

HEALTH INSURANCE & EMERGENCY INFORMATION

Emergency Contact _____ Emergency Contact Phone _____
 Medical Insurance _____ Policy Number _____

MEDICAL CLEARANCE

Does athlete have Down Syndrome? Yes No
 If yes, have x-rays of the C1-C2 vertebrae been taken and examined? Yes No Date of x-ray _____
 Atlantoaxial Instability: Positive AA Negative AA

Does the athlete have or is the athlete:

Heart Problems	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Blind	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Epileptic/Seizures	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Asthma	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Diabetes	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Deaf	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Hepatitis	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Other	_____	

Blood Pressure _____ Height _____ Weight _____

Date of last Tetanus shot: _____ Athlete uses wheelchair Yes No

Athlete is allergic to: _____

Current Medication (list)	Dosage	Current Medication (list)	Dosage
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

Doctor's Signature _____ Exam Date _____
 Print Doctor Name _____
 Address _____
 City _____ State _____ Zip _____ Phone _____

PADRES Y/O TUTORES AUTORIZACION Y LIBERACION DE LOS MEDIOS

Yo, en mi nombre propio o como el padre o tutor legal del solicitante nombrado arriba (en lo sucesivo, el "Atleta"), por este medio doy permiso para que el deportista para participar en los programas de Olimpiadas Especiales. Reconozco que las Olimpiadas Especiales se proyectarán todos los atletas con el Registro Público de Delincuentes Sexuales y entiendo que los atletas que figuran en el Registro les niega participación. Yo afirmo que este atleta nunca ha estado en dicho registro o, en caso de deportista se incluyó en el Registro Público de Delincuentes Sexuales, pero desde entonces ha sido eliminado me pondré en contacto con Especial Juegos Olímpicos de Iowa para obtener instrucciones antes de presentar esta solicitud.

Me representa y garantiza que el deportista está física y mentalmente capaz de participar en Olimpiadas Especiales. Entiendo que si el atleta tiene Síndrome de Down, él/ella no puede participar en deportes o eventos que, por su resultado de la naturaleza de la naturaleza en hiper-extensión, flexión radical o presión en el cuello o la columna vertebral superior a menos que un examen radiológico completo establece la ausencia de atlantoaxial inestabilidad. Soy consciente de que los deportes y eventos para los cuales el examen se requiere este radiológica son los deportes ecuestres, gimnasia artística, trampolín, pentatlón, salto de altura, esquí alpino, el fútbol, competencias de fútbol, levantamiento de pesas y la mariposa accidente cerebrovascular en cuclillas y empieza a bucear en la natación.

En nombre del deportista y yo, reconozco que el deportista va a utilizar las instalaciones de/su propio riesgo y que, en el mío propio, por este medio, la descarga de liberación e indemnizar a las Olimpiadas Especiales de toda responsabilidad por daños a personas o daños a la propiedad de mi mismo y el deportista.

Al permitir que el deportista participé, estoy en concreto la concesión de permiso para los Juego Olímpicos Especiales de Iowa para utilizar la imagen, la voz y las palabras del atleta en televisión, radio, películas, periódicos, revistas y otros medios de comunicación, y cualquier otra forma no descrita hasta ahora, por el propósito de la comunicación a efectos de publicidad o actividades de Olimpiadas Especiales y el solicitar fondos para apoyar esas actividades. Entiendo que al firmar este documento doy mi consentimiento para que el deportista participé en las Olimpiadas Especiales del Programa Healthy Athletes que proporciona evaluaciones individuales de detección del estado de salud y necesidades de atención de salud. El deportista no tiene la obligación de participar y entiendo que el deportista debe buscar su propio consejo médico y la asistencia y Olimpiadas Especiales no es responsable por la salud del deportista.

Si no me presente personalmente en las actividades de Olimpiadas Especiales en lo que el deportista la competir, a fin de que se le consulte en caso de necesidad, usted está autorizado en mi nombre y en mi cuenta para tomar las medidas y los arreglos para médicos y hospitalarios tratamiento a medida que estime conveniente para la salud y el bienestar del deportista.

YO, EL QUE FIRMA DE ADULTOS ATLETA, han leído y entiendo, el padre y/o tutor del deportista arriba especificados. Han tenido que explicar las disposiciones de la versión anterior. Han tenido que explicar las disposiciones de la puesta en libertad y les han explicado conviene en que voy a estar obligada por el mismo y voy a defender Especial del deportista. Yo estoy de acuerdo que yo dejo atleta será obligado por el mismo.

YO, EL QUE FIRMA DE PADRE/GUARDIAN de atleta específico, han leído y entiendo completamente las disposiciones de la puesta en libertad y les han explicado conviene en que voy a estar obligada por el mismo y voy a defender Especial del Deportista.

Firma del atleta _____

Firma del padre _____

Testigo _____ Fecha _____

Guardian _____

Escribe nombre _____ Fecha _____