



**Olimpiady Specjalne**  
Polska

## DEKLARACJA ZAWODNIKA NR...../Z/.....

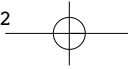
Ja, niżej podpisany/a zgłaszam chęć uczestnictwa w programach sportowych, rekreacyjnych i innych Olimpiad Specjalnych i proszę o przyjęcie mnie w poczet zawodników Stowarzyszenia Olimpiady Specjalne Polska.

Zaświadczam i zaręczam, że zgodnie z moją wiedzą i przekonaniem jestem fizycznie i umysłowo zdolny do uczestnictwa w zajęciach Olimpiad Specjalnych. Przyjmuję do wiadomości, że warunkiem uczestnictwa w zajęciach i zawodach sportowych Olimpiad Specjalnych jest posiadanie aktualnych badań lekarskich.

Rozumiem, że jeśli mam Zespół Downa, to mogę być narażony na kontuzje z powodu możliwości zaistnienia niestabilności w stawie szczytowo-obrotowym odcinka szyjnego kręgosłupa w dyscyplinach, w których występuje przeprost, nadmierne zgięcie głowy lub nadmierne uciski na głowę w kierunku osiowym wzdłuż szyi i górnych partii kręgosłupa (czyli w następujących dyscyplinach: jazda konna, gimnastyka, skoki do wody, pięciobój, pływanie - styl motylkowy i skok startowy, skok wzwyż, narciarstwo alpejskie, przysiad w trójboju siłowym i piłka nożna).

Wyrażając zgodę na uczestnictwo w roli zawodnika zezwalam Olimpiadom Specjalnym (tak w czasie trwania zawodów, jak i w każdym późniejszym czasie) na używanie mojej podobizny, nazwiska, głosu, słów w telewizji, radio, prasie i innych środkach masowego przekazu i w każdej innej formie stosowanej w celach reklamy i promocji ruchu Olimpiad Specjalnych i/lub zbierania funduszy na cele Olimpiad Specjalnych.

Jeśli w czasie uczestnictwa w zajęciach Olimpiad Specjalnych będę wymagał nagłej pomocy lekarskiej, a nie będę w stanie wyrazić zgody lub sam zorganizować mojego leczenia z powodu doznanych obrażeń, lub zgody tej nie będzie mógł udzielić mój prawny opiekun lub rodzic, to upoważniam Olimpiady Specjalne do podjęcia wszelkich niezbędnych kroków, aby chronić moje zdrowie i dobre samopoczucie, włączając w to, jeśli będzie taka konieczność, umieszczenie i leczenie w szpitalu.



Nazwisko i imię zawodnika: .....

Data i miejsce urodzenia zawodnika: .....

Adres zawodnika: .....

PESEL: .....

Numer orzeczenia o niepełnosprawności: .....

Stopień niepełnosprawności intelektualnej: .....

.....

*Data*

.....

*Podpis zawodnika*

Jestem rodzicem / opiekunem zawodnika lub osobą, która wyjaśniła postanowienia deklaracji pełnoletniemu zawodnikowi, którego nazwisko znajduje się w tej deklaracji. Zapoznałem się i w pełni rozumiem postanowienia niniejszej deklaracji. Wyjaśniłem je zawodnikowi i stwierdzam, że zawodnik rozumie i zgadza się z treścią oraz warunkami przedstawionymi w deklaracji. Podpisując Deklarację zawodnika również zgadzam się na powyższe postanowienia w moim własnym imieniu i w imieniu zawodnika, którego nazwisko podane jest powyżej.\*

\*ostatnie zdanie dotyczy rodziców i opiekunów prawnych zawodników niepełnoletnich.

Imię i nazwisko rodzica / opiekuna / osoby wyjaśniającej: .....

Adres: ..... tel. ....

.....

*Data*

.....

*Podpis rodzica / opiekuna / osoby wyjaśniającej*

Zawodnik uczestniczyć będzie w zajęciach Olimpiad Specjalnych w Sekcji OS: .....

co potwierdza Przewodniczący tej Sekcji

.....

*Czytelny podpis Przewodniczącego Sekcji*

Zawodnik przyjęty w poczet zawodników Stowarzyszenia Olimpiady Specjalne Polska, Oddział Regionalny (pieczętka)

decyzją Komitetu Regionalnego z dnia .....

.....

*Podpis członka Komitetu Regionalnego*

Dane osobowe, umieszczone w deklaracji, będą używane i przetwarzane jedynie przez Stowarzyszenie Olimpiady Specjalne Polska.  
Biuro Narodowe Stowarzyszenia Olimpiady Specjalne Polska, 00-539 Warszawa, ul. Piękna 3a, tel./fax: (+48 22) 621 84 18, 627 07 58.

