



Zgoda zawodnika/partnera – str. 1

Formularz dotyczący zawodnika/partnera (podaj imię i nazwisko)

Zgadzam się na następujące postanowienia:

- Możliwość uczestniczenia.** Jestem fizycznie zdolny do uczestniczenia w aktywnościach Olimpiad Specjalnych.
- Zgoda na wykorzystanie wizerunku.** Daję swoją zgodę Special Olympics Inc., Komitetom Organizacyjnym Special Olympics i akredytowanym programom Special Olympics (zbiórco nazywanym "Special Olympics") na używanie mojej podobizny, zdjęć, filmu, nazwiska, głosu, słów oraz informacji biograficznych do promocji Olimpiad Specjalnych i zbierania funduszy na rzecz Olimpiad Specjalnych.
- Ryzyko wstrząsu lub innej kontuzji.** Wiem, że istnieje ryzyko kontuzji. Rozumiem ryzyko dalszego uczestniczenia z lub po wstrząsie lub kontuzji. Mogę musieć również otrzymać pomoc medyczną w przypadku podejrzenia wstrząsu lub kontuzji. Mogę także musieć czekać do 7 dni lub więcej aby dostać zgodę od lekarza na dalsze uczestnictwo w rywalizacji sportowej.
- Opieka w nagłych wypadkach.** Jeśli będę potrzebował naglej pomocy medycznej i nie będę w stanie udzielić na nią zgody ja sam lub mój opiekun prawny, upoważniam Special Olympics do podjęcia wszelkich niezbędnych starań w celu ochrony mojego zdrowia, chyba że zaznaczyłem/am jedno z poniższych:
 - ☐ Mam religijne lub inne przeciwwskazania dotyczące otrzymywania pomocy medycznej
 - ☐ Nie wyrażam zgody na transfuzję krwi(jeśli zaznaczona zostanie którakolwiek opcja, należy wypełnić dodatkowy formularz Odmowy Otrzymywania Pomocy Medycznej w Nagłych Wypadkach)
- Pobyt nocny.** W niektórych przypadkach może się zdarzyć, że będę musiał/a pozostać na noc w hotelu lub czyimś domu. Jeśli będę miał wątpliwości to zapytam.
- Programy zdrowotne.** Jeśli biorę udział w programach zdrowotnych, wyrażam zgodę na badania, leczenie i inne aktywności zdrowotne. To nie zastąpi regularnej opieki zdrowotnej. W każdej chwili mogę odmówić leczenia lub innych aktywności.

ZGODA(Y) NA PRZETWARZANIE MOICH DANYCH MEDYCZNYCH

Program Zdrowi Sportowcy:

Wybierając udział w Programie Zdrowi Sportowcy, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych medycznych zgodnie z opisem z formularza z danymi osobowymi. W szczególności rozumiem i wyrażam zgodę na to, że informacje zebrane o mnie w ramach programu Zdrowi Sportowcy będą analizowane anonimowo w celu poprawy jakości opieki zdrowotnej nad sportowcami Olimpiad Specjalnych i ogólnie osobami z niepełnosprawnością intelektualną. Rozumiem, że udział w programie Zdrowi Sportowcy jest dla mnie dobrowolny i w każdej chwili mogę z niego zrezygnować. W każdej chwili mogę odwołać swoją zgodę z osobą odpowiedzialną z LOC (Lokalny Komitet Organizacyjny). Rozumiem, iż w tym celu mogę wysłać e-mail na adres healthathletes@berlin2023.org. Aby uzyskać więcej informacji na temat postępowania z moimi danymi, mogę zapoznać się również z Polityką prywatności pod adresem www.berlin2023.org/en/data-policy-healthy-athletes.

Formularz Medyczny:

Przesyłając mój formularz medyczny, wyrażam zgodę na to, aby Olimpiady Specjalne, Inc. (SOI) i Olimpiady Specjalne Niemcy (SOD)/Lokalny Komitet Organizacyjny (LOC) wykorzystali zebrane dane do zgłaszania incydentów (medycznych) zaistniałych podczas Igrzysk do wypłat z ubezpieczenia lub wsparcia rządu/ambasady. Dane mogą być również gromadzone i wykorzystywane przez takie podmioty jak personel szpitala, osoby udzielające pierwszej pomocy oraz inne osoby wykonujące czynności medyczne, które mogą wymagać dostępu do informacji na formularzu medycznym w celu diagnozy, leczenia lub skierowania na dalsze leczenie. W każdej chwili mogę dobrowolnie odwołać swoją zgodę z osobą odpowiedzialną z LOC. Rozumiem, iż w tym celu mogę wysłać e-mail na adres medical.services@berlin2023.org.

- Dane osobowe.** Rozumiem, że Special Olympics będzie zbierać moje dane osobowe, jako część mojego udziału w Igrzyskach, włączając w to moje nazwisko, zdjęcia, adres, numery telefonów, informacje zdrowotne oraz inne identyfikujące oraz związane ze zdrowiem informacje ("dane osobowe"). Organizacja odpowiedzialna za ochronę moich danych osobowych, zgodnie z prawem o ochronie danych osobowych, są Olimpiady Specjalne Polska.
 - Rozumiem, że Special Olympics używa moich danych osobowych w celu: upewnienia się, że jestem uprawniony i mogę bezpiecznie uczestniczyć w Igrzyskach, treningach i innych wydarzeniach; dzielenia się wynikami zawodów (włączając w to Internet i inne media); leczenia jeśli uczestniczę w programach zdrowotnych; analizy danych w celach poprawy oprogramowania, identyfikowania oraz reagowania na potrzeby uczestników Igrzysk; przeprowadzenia aktywności informatycznych, zapewnienia jakości, testowania i innych związanych z tym czynności; wykonanie innych aktywności związanych z różnymi usługami podczas Igrzysk.
 - Rozumiem, że Special Olympics może ujawnić moje dane osobowe (I) lekarzom w nagłych wypadkach, (II) instytucjom rządowym w celu wsparcia mnie w procesie wizowym, wymaganym dla międzynarodowych podróży na zawody Special Olympics oraz w innych celach związanych z bezpieczeństwem publicznym, prośbami instytucji rządowych i wymaganym prawnie zbieraniem informacji.
 - Rozumiem, że Special Olympics jest organizacją globalną z siedzibą w Stanach Zjednoczonych. Rozumiem, że moje dane osobowe mogą być przechowywane i przetwarzane poza granicami Polski, np. w USA. Kraje te mogą mieć inny poziom ochrony danych osobowych niż Polska.
 - Moje dane osobowe będą przechowywane tak długo, jak to będzie potrzebne do celów opisanych w tym formularzu.
 - Mam prawo poprosić żeby zobaczyć swoje dane osobowe lub być poinformowanym o tym jak moje dane są przetwarzane. Mam prawo poprosić o korektę, skasowanie lub ograniczenie przetwarzania moich danych osobowych. Mam także prawo poprosić o przesłanie moich danych do innych organizacji. Mam prawo wnieść skargę do lokalnych instytucji związanych z nadzorem ochrony danych osobowych.
 - Dystrybucja danych osobowych. Dane osobowe mogą być dystrybuowane zgodnie z postanowieniami tego formularza oraz zgodnie z dalszymi postanowieniami przedstawionymi w polityce prywatności Special Olympics dostępnych na stronie www.SpecialOlympics.org/Privacy_Policy.aspx.

Podpisy na stronie nr 2 zgody zawodnika/partnera

Światowe Letnie Igrzyska Olimpiad Specjalnych Berlin (Niemcy) 2023

Zwrot oryginałów podpisanych do 31 grudnia 2022 na adres: Olimpiady Specjalne Polska, ul. Leszno 21, 01-199 Warszawa, tel. 604 208 279



Zgoda zawodnika/partnera – str 2

Imię i nazwisko zawodnika/partnera:
Daję zgodę Special Olympics na (zaznacz):
<input type="checkbox"/> Użycia moich danych kontaktowych do wysyłania materiałów marketingowych Special Olympics.
<input type="checkbox"/> Dzielenie się moimi danymi osobowymi w sposób poufny w celach badawczych np. z uniwersytetami lub instytucjami medycznymi studiującymi wpływ aktywności Olimpiad Specjalnych na niepełnosprawność intelektualną.

Część dotycząca podpisu zawodnika/partnera (wymagany dla dorosłego w pełni praw)

Przeczytałem i rozumiem ten formularz. Mam prawo do wycofania każdej zgody z tego formularza w każdej chwili. Jeśli mam pytania odnośnie tego formularza mogę skontaktować się z Olimpiadami Specjalnymi Polska. Poprzez podpis zgadzam się na postanowienia tego formularza.	
Podpis*:	Data:

Część dotycząca podpisu rodzica/opiekuna prawnego (wymagany dla nieletniego lub zawodnika dorosłego ubezwłasnowolnionego)

Jestem rodzicem / opiekunem prawnym wymienionej wyżej osoby. Przeczytałem, rozumiem ten formularz i wytłumaczyłem jego treść zawodnikowi. Mam prawo do wycofania każdej zgody z tego formularza w każdej chwili. Jeśli mam pytania odnośnie tego formularza mogę skontaktować się z Olimpiadami Specjalnymi Polska. Poprzez podpis zgadzam się na postanowienia tego formularza w imieniu swoim i zawodnika.	
Podpis rodzica/opiekuna prawnego*:	Data:
Imię i nazwisko osoby podpisującej: (Wyraźnie drukowanymi literami)	Relacja z zawodnikiem (rodzic lub opiekun prawny):

*SZARE POLA – PODPIS OBOWIĄZKOWY NA FORMULARZU ANGIELSKIM W TYM MIEJSCU