



**PRIVOLA ZA VODITELJA- ICU / TRENERA-ICU / PARTNERA-ICU /
VOLONTERI-KE / OSTALI-E**

Upute: ovaj obrazac potreban je za sve sudionike koji sudjeluju u športskim, zdravstvenim i drugim programima Specijalne olimpijade.

Ime i prezime: _____

Ja sam osoba bez intelektualnih teškoća i želim sudjelovati u aktivnostima Specijalne olimpijade Hrvatske i prihvaćam sljedeće:

1. Aktivnosti. Dajem privolu za sudjelovanje na natjecanjima i aktivnostima Specijalne olimpijade i prihvaćam pravila natjecanja (plivanje, bowling, kuglanje, nogomet, stolni tenis, trčanje na krpljama, skijaško trčanje, skijanje, atletika, odbojka, brzo i umjetničko klizanje, biciklizam, rolanje, floorball, boće, pikado, zdravstveni programi, program mladi športaši i druge aktivnosti). Sudjelujem na svoju odgovornost.
2. Mogućnosti. Mogu i želim sudjelovati na natjecanjima i aktivnostima Specijalne olimpijade. Za sva natjecanja u kojima ću sudjelovati kao natjecatelj osigurati ću važeći popunjen MEDICINSKI OBRAZAC koji kaže da mogu nastupiti te da nema medicinskih zapreka za moj nastup.
3. Fotografije i osobni podaci. Dajem suglasnost da se moje fotografije, video materijal, osobni podaci i moje izjave mogu javno objaviti i koristiti za promicanje Specijalne olimpijade i promociju mogućnosti osoba s intelektualnim teškoćama.
4. Zdravlje. Ako ću trebati hitnu medicinsku pomoć, a ja u to vrijeme neću biti u mogućnosti dati pristanak, pristajem na hitnu pomoć.
5. Naknada. Odričem se prava na naknadu.
6. Vrijeme. Dajem dopuštenje koje ne mogu naknadno povući za sudjelovanje na Prvenstvu Hrvatske kuglanju na 9 čunjeva za osobe s intelektualnim oštećenjima 2024. godine.

POTPIS

Ja, ovdje potpisani-a, pročitao-la sam gornji članak i razumijem ga u potpunosti te dajem privolu na svoje sudjelovanje i sve gore navedeno.

Potpis: _____

Datum: _____