



**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 bowlingu za osobe s intelektualnim oštećenjima 2025. 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: \_\_\_\_\_