

## Déclaration de consentement à la participation au programme de santé Healthy ATHLETES® en vertu de la législation en matière de protection des données

17 juin 2023- 24 juin 2023

(Nom de famille, prénom du-de la participant-e)

(Date de naissance)

(rue)

(code postal, ville, région, pays)

(Institution/ Établissement/Délégation SO)

Le Special Olympics World Games Berlin 2023 Organizing Committee gGmbH (LOC) propose aux participant-e-s enregistré-e-s (athlètes SO, personnes atteintes de handicap mental) au programme de santé des consultations et examens gratuits dans les disciplines suivantes :

- Fit Feet (Pieds en forme)  FUNfitness (Bouger avec la pêche)  Health Promotion (Promotion de la santé)-  Healthy Hearing (Bonne audition)  Opening Eyes (Yeux grand ouverts)  
 Special Smiles (Sourires spéciaux)  Strong Minds (Esprits solides)

Ces services comprennent des examens et des consultations d'orientation individuels, de même que des recommandations sur la poursuite des traitements. Les données de santé collectées dans les catégories reprises ci-dessus sont traitées aux fins d'informer les participant-e-s quant à leur état de santé. Les participant-e-s reçoivent ensuite des informations écrites par rapport à la poursuite du traitement, le cas échéant, qu'il-elle-s devraient suivre. En outre, les données de santé sont stockées dans une base de données Healthy Athletes en vertu des réglementations relatives à la protection des données. Celles-ci seront évaluées de manière anonyme à des fins scientifiques. Les résultats viendront soutenir les exigences en matière de politique sanitaire, ce afin d'améliorer les soins de santé destinés aux personnes atteintes de handicap mental. Les données ne seront utilisées que par SO ou les associations SO concernées et ne seront pas partagées avec des parties tierces à d'autres fins.

**Par ma signature ci-dessous, j'accepte de participer au programme Healthy Athletes de Special Olympics, et je consens au traitement de mes informations à caractère personnel, en ce compris les informations relatives à ma santé.**

Je comprends que la participation au programme Healthy Athletes est volontaire et que je peux me désengager du programme à tout moment. Ces contrôles de santé ne sont pas destinés à remplacer les normes de soins. Je comprends que chacun-e doit assumer ses propres soins de santé indépendants et que Special Olympics, en fournissant les services de santé visés dans le programme Healthy Athletes, n'est pas responsable de la santé des **participant-e-s**.

Je comprends que les informations collectées me concernant durant le programme Healthy Athletes seront analysées de manière anonyme avec la finalité d'améliorer les soins de santé pour les athlètes Special Olympics et les personnes atteintes de handicap mental en général, et j'y consens. Le consentement est volontaire.

Je peux révoquer mon consentement à tout moment auprès de la personne en charge Isabell Harbrecht (LOC). Pour ce faire, j'envoie un e-mail à [isabell.harbrecht@berlin2023.org](mailto:isabell.harbrecht@berlin2023.org). Pour des raisons juridiques, ce formulaire signé doit être conservé auprès de l'institution d'enregistrement en cas de demandes de renseignements éventuelles.

Pour obtenir de plus amples informations par rapport au traitement de mes données, je peux consulter la **Politique relative au respect de la vie privée du programme Healthy Athletes** [[www.berlin2023.org](http://www.berlin2023.org)] (malheureusement, uniquement disponible en anglais).

Participant-e-s (si âgé-e-s de plus de 18 ans et juridiquement aptes)  
date

Lieu,

Parents/tuteurs légaux (pour le-la participant-e âgé-e de moins de 18 ans ou juridiquement inapte)

Lieu, date

**Par la présente, je reconnais que le-la participant-e a compris le contenu de la déclaration de consentement.**

---

Tuteur·rice légal·e

institution/ école/atelier protégé

Lieu, date

\* Informations relatives aux offres :

<https://www.berlin2023.org/en/beyond-sports/healthy-athletes>

# Le Programme de Santé de Special Olympics

## Informations succinctes relatives à la participation

Special Olympics veut que toutes les personnes atteintes de handicap mental puissent prendre soin de leur santé.

Quiconque le souhaite peut se faire examiner gratuitement :  
Lors des événements sportifs, dans les établissements résidentiels ou à des ateliers.

Pendant les examens, nous notons des données sur la santé des participants et participantes.  
Les données sont consignées sans nom.  
Grâce aux données, nous cherchons à améliorer les soins de santé.

### **Important :**

Allez passer régulièrement des examens de santé.  
Le programme de santé ne remplace pas une visite chez le médecin.  
Le programme de santé n'est qu'une offre complémentaire.  
À travers ma signature, je confirme les aspects suivants :

- Je souhaite participer au Programme de Santé.
- Je sais que je peux faire une sélection parmi les offres.
- Je sais que je peux mettre un terme à ma participation.
- Je sais que mes données seront consignées sans mon nom.
- Je peux retirer mon consentement à tout moment.

Le formulaire se trouve au sein de mon établissement résidentiel ou de mon atelier.

### **Signature**

**Vous avez plus de 18 ans et n'avez pas de tuteur ou tutrice.**

Dans ce cas, signez sur la première page, au-dessus du mot « Participant ».

**Vous avez moins de 18 ans :**

Dans ce cas, ce sont vos deux parents qui signent sur la première page.

**Vous avez un tuteur ou une tutrice responsable de vos soins de santé :**

Dans ce cas, c'est votre dispensateur ou dispensatrice de soins qui signe sur la première page.