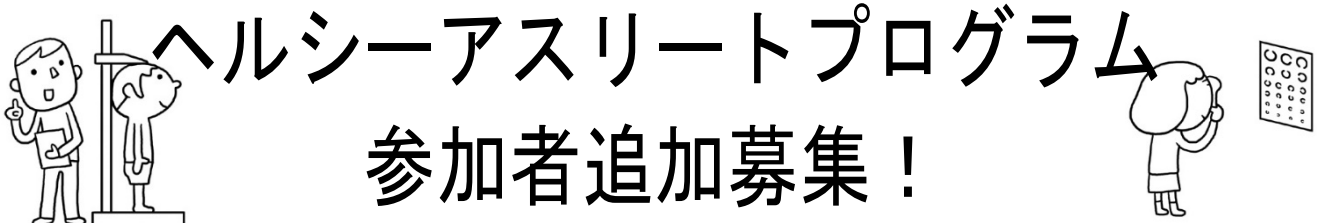




スペシャルオリンピックス 2016 新潟にあなたも参加しよう！



ヘルシーアスリートプログラムとは…

スペシャルオリンピックスに所属する医療専門家が、知的障害に合わせて開発した、健康とヘルスケア向上のためのプログラムです。知的障害のある方に合わせた方法で、より細かい、正確な健康チェックができ、本人や家族が、体のケアについて必要な知識を学ぶことができます。(詳細は別紙をご覧ください)

スペシャルオリンピックス 2016 新潟実行委員会では、ヘルシーアスリートプログラムの参加者を追加募集いたします。このプログラムは、全国大会開催時に実施される大変貴重なプログラムです。この機会に、ぜひご体験ください！

1 日時 2016年2月13日(土) 10:00~14:00

(ご都合のよろしい時間にご来場ください。最終受付 13:30)

2 会場 朱鷺メッセ 2階メインホール 新潟市中央区万代島6番1号

3 内容 6つのコーナーがあります。

(いくつでも受けることができます)

- ・オープニングアイズ(目の健康チェック)
- ・スペシャルスマイルズ(口腔)
- ・ヘルシーヒアリング(聴力)
- ・ヘルシープロモーション(栄養・生活習慣)
- ・ファンフィットネス(筋力・柔軟性)
- ・フィットフィート(足の健康チェック)

4 対象 新潟県内在住の知的障害のある方と保護者
(一緒にご参加ください)

5 参加費 **無料**

(参加者には関連グッズを差し上げます)

6 申込み 別紙申込書兼同意書にご記入の上、大会実行委員会事務局に、郵便でお申込みください。

参加者(保護者)のコメント

「キャッチボールができず、運動能力が低いと思い込んでいましたが、ヘルシーアスリートプログラムを受けて視力が弱いことが分かりました。本人に合ったメガネを作ってもらい、キャッチボールが上手にできるようになりました」

「言葉を理解できない子だと思っていましたが、ヘルシーアスリートプログラムを受けて、聴力が低いことが分かり、必要な支援を受けさせることができました。今では親子でコミュニケーションを楽しんでいます」

〒951-8068 新潟市中央区上大川前通7番町1169

新潟国際情報大学 新潟中央キャンパス 52室

スペシャルオリンピックス 2016 新潟 大会実行委員会事務局

ファックス番号 025-378-4369

7 申込み締切 2016年1月29日(金) すでに申し込まれた方はお申込み不要です。

8 お問い合わせ 電話 025-378-4156 E-mail song2016@son.or.jp (担当 山岸・久保田)

皆さんのお申込みをお待ちしております！



2016 年第 6 回スペシャルオリンピックス日本冬季ナショナルゲーム・新潟 ヘルシー・アスリート・プログラム参加申込書兼同意書

スペシャルオリンピックスは、世界大会やナショナルゲーム、また地区の競技会で「ヘルシー・アスリート・プログラム」として、外科的処置を含まない特定のヘルスケアサービスをアスリートに提供しています。今大会では、スペシャルオリンピックスに参加するアスリート以外の知的障害がある方にもプログラムを提供いたします。このサービスには、健康状態やヘルスケアニーズを調査するための個人健診、健康教育の提供、通常の予防サービス（例えば歯ブラシ指導など）、教育サービスがあり、必要に応じて視覚用具（メガネ、水泳用ゴーグル、保護用メガネ類）を提供します。健診結果は、アスリートに提供され、健康増進のための必要なアドバイスも提供されます。加えて、ヘルシーアスリートで提供されるサービスにより収集された情報は、施策の開発、財源の確保に役立てられ、アスリートの健康ニーズにより合致するプログラムが導入されています。

私は、下の署名欄に署名することにより、スペシャルオリンピックスのヘルシー・アスリート・プログラムへの参加に合意したことになることを理解しています。また私は、私がヘルシー・アスリート・プログラムに参加する義務はなく、私が参加または不参加を決定できること、また、ヘルシー・アスリート・プログラムのヘルスサービスの提供は、定期的な健康管理の代替を意味するものではないことを理解しています。私はまた、私自身に関する個別的な医療上の助言と援助は、上記のサービス受給に関わらず求めるべきものであり、スペシャルオリンピックス日本および 2016 年スペシャルオリンピックス冬季ナショナルゲーム・新潟が、これらのプログラムの提供によって、私の健康に責任を有することはないことを理解しています。また、スペシャルオリンピックス独自の健診の過程で収集された情報が、スペシャルオリンピックスによって集団の形で（匿名で）扱われ、アスリート全体の健康増進のニーズの把握、情報の共有化を図るために使用され、またそのニーズに対処するためプログラムの改善に使用されることを理解しています。

（未成年者のための同意）

私は、下の署名欄に署名することにより、申込者がスペシャルオリンピックスのヘルシー・アスリート・プログラムに参加することに同意することを理解しています。このプログラムは健康状態およびヘルスケアのニーズ；視覚、口腔、聴覚、理学療法、および様々な健康促進分野（身長、体重、日焼け防止等）における個人検診を提供するものです。私は、申込者がヘルシー・アスリート・プログラムに参加する義務はなく、アスリートが参加、不参加の意思を決定できることを理解しています。さらに、これらのヘルスサービスの提供は、定期的な健康管理の代替を意味するものではないことを理解しています。私はまた、申込者が個人に関する個別的な医療上の助言と援助は、上記アスリートのためのサービス受給にかかわらず求めるべきものであり、スペシャルオリンピックス日本および 2016 年スペシャルオリンピックス冬季ナショナルゲーム・新潟がこれらのプログラムの提供によって、上記アスリートの健康に責任を有することはないことを理解します。また、スペシャルオリンピックス独自の健診の過程で収集された情報がスペシャルオリンピックスによって集団の形で（匿名で）扱われ、アスリート全体の健康増進のニーズの把握、情報の共有化を図るために使用され、またそのニーズに対処するためプログラムの改善に使用されることを理解しています。

署名 申込者

署名の日付

（ 歳） 2015 年 月 日

署名 法定代理人（申込者が 20 歳未満の場合、本人による署名が困難な場合）
（親権者、未成年後見人、成年後見人等）

住所 〒

電話番号（自宅）

電話番号（携帯）

メールアドレス

所属（学校・事業所等）

※個人情報の取り扱いについて

本用紙記載の個人情報については、本大会運営のために利用するものであり、その他の目的には一切利用いたしません。