令和　　　年　　　月　　　日

テキスト

自動的に生成された説明スペシャルオリンピックス日本・山梨 理事長　殿

私は、裏面の参加同意書の各事項に同意し、以下のとおり登録を更新します。

アスリート署名

保護者等署名

プログラム登録申込書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| アスリート |  | | | 男　・　女 |
| 入会年（西暦） | 年 | | | |
| 学校名・勤務先 |  | | | |
| 生年月日 | 西暦　　　　　　　 　　年　　　　　　月　　　　　　日　 （年齢　　 ） | | | |
| 住　　　所  本人のメールアドレスが  ない場合はなしと記入 | 〒 | | | |
| メールアドレス | | | |
| 保護者氏名 | 父 |  | 母 |  |
| 連　絡　先  （保護者・支援員等） | Tel　　　　　　　　　　　　　　　　　 続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　） | | 緊急  連絡先 | 続柄  　　　　　　　　　　　　 　　　　（　　　） |
| メールアドレス | | | |
| 参加プログラム | 参加する全てのプログラムにチェックしてください。  陸上競技　　競　泳　　馬　術　 ボウリング　　　柔道  フィギュアスケート　　スピードスケート 　スキー  フロアホッケー・フロアボール　　　*バスケットボール（準備中）* | | | |
| アスリート  障がい診断名 |  | | | |
| 発作  発作の状態 |  | | | |
| 自閉症  こだわりについて |  | | | |
| 緊急対応の  留意事項 | （かかりつけ医等がある場合、医療対応に特に留意すべき事項がある場合はご記入ください。） | | | |

※（賛助金、及び）保険料５００円を添えてお申込みください。

テキスト

自動的に生成された説明スペシャルオリンピックス日本・山梨

参　加　同　意　書

1. 医療対応

アスリートが活動参加中、緊急に治療が必要となった場合、保護者に連絡のうえ対応します。ただし、連絡が取れなかった場合、コーチ等現場責任者や主催者に一任します。

1. 傷害保険・賠償責任保険

活動中に生じた病気や怪我の治療費・損害賠償については、私が加入する健康保険、

その他の保険及びスペシャルオリンピックス日本・山梨（以下、SON・山梨）が指定する保険を利用します。また、これらの保険の範囲を超えてSON・山梨ならびにコーチ・ボランティア等関係者に対し賠償を求めることはありません。

1. 個人情報の取り扱い

アスリートの個人情報は以下についてのみ使用することを同意します。また、SON・山梨に関する活動で知り得た個人情報は、退会後も含め第三者へ漏らしません。

① 各プログラムコーチやプログラム担当者に対する（緊急）連絡先情報の提供

② 各プログラムコーチや大会引率コーチ等に対するメディカル情報の提供

③ 上記のほか、必要に応じ連絡網の配布やメーリングリストの登録

④ SON・山梨の活動中の写真などは、事前に確認せずに、メディアに掲載することは

いたしません。