

令和 年 月 日

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

アスリート氏名 ふりがな				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 5 0 0 円を添えてお申込みください。



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。

2. 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。

3. 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。