

アクティビティー参加同意書

私はヨロン島シーマンズクラブのオプションに参加するにあたり下記条件に同意します。

- ①私はオプション参加時、自分あるいは他人の作為・不作為・不注意により、財産上及び身体上の損害、損失、最悪の事態にいたる危険があることを承知の上で参加します。
また、不可知の危険があることも承知します。私自身または私のせいで他人に生じた障害・損失について主催者・主催関係者及びスタッフに対し訴訟を起こさないことも署名して誓約します。
- ②私はオプションに参加中はヨロン島シーマンズクラブの選択する医療・移送・緊急の手術に同意し、自分の治療費を負担します。
- ③私は自己の過失において施設・機材等に損害を与えた時は所有者に対して弁償します。
- ④私はオプションが自然環境の中での体験であり、予測不可能な事態が起りうることを認識した上で参加します。また、スタッフの指示を遵守します。
- ⑤私は健康であり、オプション参加によって影響を受ける恐れのある健康状態または障害を負っていないことを申告します。

また、下記の健康チェックで該当項目があった場合は参加できない事を了承します。

《個人情報の取扱いについて》

ご記入いただきましたお客様の個人情報（氏名・住所・電話番号・生年月日・年齢・メールアドレス等）は、ヨロン島シーマンズクラブにて適切に管理させていただきます。また、お客様から頂いた個人情報はお客様の同意なしに第三者に提供又は、開示することはありません。
ただし、法に基づき公的機関から開示を求められた場合は除きます。

上記記載内容に同意し、署名します。		日付：	年	月	日
フリガナ	性別	年齢	生年月日		
参加者 署名	男・女	才	S・H /	年	月 日
保護者 署名 <small>参加者が18歳未満の場合、保護者の署名が必要です</small>	宿泊先				
住所 (〒 -)	◆下記健康チェック項目のYES・NOに○印をつけてください				
	・首、背中、足腰に障害がある		YES	NO	
	・心臓疾患、高血圧等の医学的障害がある		YES	NO	
	・お酒を飲んでいる		YES	NO	
連絡先	・現在、骨折している		YES	NO	
	・現在、妊娠している		YES	NO	
	・その他身体的に異常、又は体調が悪い		YES	NO	

ご署名：

※18歳未満のお子様は保護者様のご署名をお願いします。

ヨロン島シーマンズクラブ（担当者サイン： _____ ）