

年度 SON・熊本 活動登録申込書 (新規・継続)

スペシャルオリンピックス日本・熊本の活動に参加しますので活動登録します。

記入日 20 年 月 日

住所	〒						ブランチ
携帯メールアドレス				パソコンメールアドレス			
携帯電話番号				自宅電話番号 FAX番号	TEL : () -		
					FAX : () -		
(ふりがな) 氏 名	生年月日	年齢	性別に○	区分を○で囲む	保険料の種類 (年間保険金額)	どちら かに○	障害者手帳の有無に○ ※有る人のみ等級を○囲み
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)		手帳の有無
					サポーター保険 (300円)		療育手帳
							障害者手帳
							有 無
							A1 A2
							B1 B2
							1級 2級
							3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)		手帳の有無
					サポーター保険 (300円)		療育手帳
							障害者手帳
							有 無
							A1 A2
							B1 B2
							1級 2級
							3級
(ふりがな)	年 月 日	歳	男・女	アスリート・ファミリー ボランティア・コーチ パートナー	アスリート保険 (800円)		手帳の有無
					サポーター保険 (300円)		療育手帳
							障害者手帳
							有 無
							A1 A2
							B1 B2
							1級 2級
							3級
裏面の参加同意書の事項に				同意します ・ 同意しません	署名 (代表者)		(印)

※ 保険に加入されない方はスポーツプログラムの参加・大会や競技会への出場が出来ません。
 ※ パートナーは事前にパートナー登録が必要です。またアスリートと同額の参加費および同じ回数のお席が必要です。
 (パートナーとはユニファイドプログラム(競技)でアスリートと組んで活動する方をいい、年齢やレベルに制限があります。)

スペシャルオリンピックス日本・熊本

参加同意書

私は、貴会または貴会参加のスペシャルオリンピックスが主催するスポーツプログラム、記録会及び大会・行事等に参加するにあたり、下記事項に同意いたします。

記

1. 医療対応

活動参加中、病気や怪我で緊急に治療が必要となり、私または保護者が治療に対して速やかに同意や対応ができない場合は、医療機関の選択、治療等を含めて必要な措置をとることを、プログラムチーフコーチ等現場責任者や主催者に一任します。

2. 賠償責任

活動中に生じた病気や怪我、損害賠償については、私が保有する健康保険、その他の保険、及びスペシャルオリンピックス日本・熊本（以下、SON・熊本）で加入するスポーツ安全保険を利用します。また、これら保険の範囲を超えて、SON・熊本ならびに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. 肖像等使用

以下において、私の名前・肖像及びコメントが無償で使用されることに異議を申し立てません。

- ① SON・熊本が作成・管理する広報誌「らぼーる」やホームページ、Facebook ページ等広報媒体への掲載
- ② SON・熊本が承諾する報道機関によるテレビ、ラジオ、新聞、雑誌等への掲載
- ③ 他のスペシャルオリンピックスを含め活動の啓発・普及のために掲載するもの

4. 個人情報の取り扱い

活動登録申込書、メディカルチェックフォーム等各書類や活動中に提供した私の個人情報を、以下において使用することに同意します。

また、SON・熊本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すことはいたしません。

- ① 各プログラムチーフコーチや行事責任者に対する（緊急）連絡先情報の提供
- ② 各プログラムチーフ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 ほか必要に応じた連絡網の配布やメーリングリストの登録

以上