

年度 SON熊本 活動登録申込書

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。

記入年月日 20 年 月 日

【区分】	<input type="checkbox"/> (○で囲む)	アスリート ・ パートナー					
氏 名	アルファベット <small>(不明な場合は、事務局で記載)</small>		生年月日	年齢	性別		
<small>(ふりがな)</small>	<small>(氏)</small>						
	<small>(名)</small>						
住 所	〒						
携帯電話	PC メールアドレス						
携帯 メールアドレス	自宅電話						
	FAX番号						
緊急時連絡先	緊急時の連絡者		続柄				
参加競技				ブランチ			
会費等納入 (○で囲む)	個人会員 賛助会員 加入しない	保険の加入 (○で囲む)	アスリート保険 サポーター保険	手帳の 有無	有 ・ 無	療育手帳 障害者手帳	A1 A2 B1 B2 1級 2級 3級

【区分】	<input type="checkbox"/> (○で囲む)	ファミリー ・ コーチ ・ ボランティア				
氏 名	生年月日	年齢	性別	携帯電話		
<small>(ふりがな)</small>				自宅電話		
				FAX番号		
住 所	〒					
携帯 メールアドレス	PC メールアドレス					
会費等納入 (○で囲む)	個人会員・賛助会員・加入しない		保険の加入 (○で囲む)	アスリート保険・サポーター保険・加入しない		

らぽ〜る郵送 (○で囲む)		受付日
希望する	希望しない	

(記入前にお読みください)

- ・ 今回の申込書は、個人の方のみ記入して下さい。企業会員の皆さまは回答は不要です。
- ・ 2016年から、会員情報をアクセスに登録して情報を管理していますが、メール連絡等が届かない人や長く活動に参加できていないと思われる方が見受けられることなどから、参加の意思確認及び情報の整理が必要と考え、改めて会員登録をお願いするものです。
- ・ 裏面の参加同意書もご記入して下さい。
- ・ 令和7年11月21日(金)までに事務局へ、郵送、FAX又はメールでご回答をお願いします。

スペシャルオリンピックス日本・熊本

参加同意書

認定特定非営利活動法人

スペシャルオリンピックス日本・熊本 御中

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。

1 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。

1 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。

- ①SON・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
- ②SON・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

20 年 月 日

署名 _____ ※該当するものを囲む
(アスリート・ボランティア・ファミリー)

生年月日(西暦) _____ 年 月 日生

住所 _____

(アスリート、また未成年のボランティア・ファミリーの場合)

親及び親権者署名 _____ 続柄() 印