

未成年（小学生以下）

## 参加確認書



コース名： スノーケリングツアー

### 参加者（私の子）の情報

氏名： \_\_\_\_\_ 生年月日： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 年齢： \_\_\_\_\_  
住所：  親権者（ \_\_\_\_\_ ）に同じ。  その他（ \_\_\_\_\_ ）  
電話：  親権者に同じ。  その他（ \_\_\_\_\_ ） e-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

### 器材を借りる方

身長： \_\_\_\_\_ cm 体重： \_\_\_\_\_ kg 靴のサイズ： \_\_\_\_\_ cm 視力： 右目 \_\_\_\_\_ 左目 \_\_\_\_\_

### 確認事項

1. 私および私の子（以下「参加者」といいます）は、本コースが海、湖、プールなどの水域で行われ、潜在的に危険を伴う環境であることを理解しています。そして安全のため、開催担当者、インストラクター、ガイドの指示に従うことに同意します。
2. 私および参加者は、開催担当者、インストラクター、ガイドの指示や事前説明の内容に従わなかったこと、または私自身の不注意等により発生した事故およびそれによる損害について、すべて私の責任であることを承諾します。したがって、本コースを提供する施設、店舗、ガイド、インストラクター、開催担当者、募集会社、ならびにBSAC JAPANに対し、一切の責任を問わないことに同意します。
3. 私および参加者は、本コースへの参加には健康であることが必要であると理解しており、以下のメディカルチェックの記入内容はすべて真実であり、参加当日の健康状態についても虚偽はありません。現在、薬の服用はなく、体調は良好で健康な状態です。また、それ以外の既往歴についても、すべて開催担当者、インストラクター、ガイドに報告済みであり、必要に応じて医師の診断を受けることに同意します。
4. コース開催中に事故等が発生し、私または参加者が開催担当者、インストラクター、ガイドに対して損害賠償請求訴訟（不法行為または債務不履行を問わない）を提起する必要がある場合には、日本国内の住所地を管轄する地方裁判所または簡易裁判所を専属的管轄裁判所とすることに同意します。
5. 私および参加者は、開催担当者、インストラクター、ガイドとの間に締結される本契約の成立、効力、履行、ならびにスノーケリング中の事故に起因する損害賠償（不法行為または債務不履行を問わない）に関する解釈および適用について、日本法を準拠法とすることに同意します。

### メディカルチェック ※「はい」または「いいえ」どちらかに○を付けてください。

「はい」に○がある方は状況によってご参加いただけないこともございますので、予めご理解の程よろしくお願いいたします。

- [はい・いいえ] 耳鼻や呼吸器系ならびに循環器系に障害はありますか？  
[はい・いいえ] 運動能力や精神面に影響する薬（眠気が出る薬、精神科の薬など）を服用しておりますか？  
[はい・いいえ] 今までに意識消失・失神・けいれん・てんかんなどの発作を起こしたことはありますか？  
[はい・いいえ] 怪我・骨折・手術などにより、腰や四肢に障害がありますか？

### これまでにスノーケリングの経験がある方

スノーケリングの経験回数 [ \_\_\_\_\_ 回]  
最後にスノーケリングを経験した時期 [ \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月]

### 参加当日の健康状態

下記で該当する項目にチェック✓を入れて、必要事項にご記入下さい。  
チェックのあった内容によってはご参加いただけないこともございますので、予めご理解の程よろしくお願いいたします。

- |                                       |                                                                                                                      |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 現在、体温が高い。    | <input type="checkbox"/> 現在、薬品を常用、服用している。                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 現在、のどの痛みがある。 | <input type="checkbox"/> 最近、入院あるいは手術を受けた。                                                                            |
| <input type="checkbox"/> 現在、風邪をひいている。 | <input type="checkbox"/> 睡眠不足（前夜の就寝時間 _____ : _____ ~ _____ : _____）                                                 |
| <input type="checkbox"/> 現在、鼻が詰まっている。 | <input type="checkbox"/> 本日の体調は、 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不調 |
| <input type="checkbox"/> 現在、通院中である。   |                                                                                                                      |

私と参加者（私の子）は上記の内容を理解し、上記記載内容が正しいことを確認の上、自分自身の自由意志をもってこの確認書に署名いたします。

親権を持つ保護者署名： \_\_\_\_\_ 日付： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

お客様の個人情報はコース開催やサービス提供時に必要な情報を収集しています。  
それ以外には何等かのアクシデントが発生したり、事故などの緊急時以外に使用することはございません。