

- ◆個人個人のキャンパーレベルに合ったアドバイス！！
- ◆スクール中は徹底アドバイス！！初めての方も安心チャレンジ！

- 開催会場 八王子市戸吹スポーツ公園スケートパーク
- 住所 東京都八王子市戸吹町1746番地1
- 主催 ムラサキスポーツ八王子店
- 持ち物 スケートボード、ヘルメット、パット類（*スケートボードのみレンタル有。）
- 参加資格 小学生以上の方
- お申込締切 定員が埋まり次第終了（定員12名限定・申込先着順）
- お申込方法 お1人様につき1枚ご記入の上、FAXもしくはご持参下さい。
*申込前に事前にお電話にて空き状況をご確認いただくと幸いです。

<<キャンセルについて>>

- ・参加をキャンセルの場合は、必ずご連絡をお願いいたします。
- ・前日の17:00までにキャンセルの場合キャンセル料は発生いたしません。
- ・当日キャンセル及び無断欠場の場合は、参加費をお支払いいただきますのでご注意ください。

タイムスケジュール

- 午前10:15 集合
- 午前10:30 準備体操、スクール開始
- 午後12:00 終了

—スクール終了後の滑走について—

- ・入場料金が必要です
- ・利用登録が必要です（要 身分証明書）
中学生以下：親権者の同意・署名が必要です。
小学生以下：保護責任者と場内に入り一緒に競技が必要です。

戸吹スポーツ公園スケートボードスクール 申込書(10/14)

申込開始日は10/2(月)からとなります。

| | | 申し込み日 | | 年 | 月 | 日 |
|----------|-----|---------------|-----|------|---|----|
| フリガナ | | 年齢 | 性別 | 生年月日 | | 学年 |
| 氏名 | | 歳 | 男・女 | 年 | 月 | 日 |
| 住所 | 〒 — | スケートボードレンタル希望 | | | | |
| | | 有(¥540) ・ 無 | | | | |
| TEL(ご自宅) | | TEL(携帯) | | | | |

【スケートスクールについてのアンケート】

1. スケートボード歴はどのくらいですか？ _____
2. このスクールでの目標は？ _____
3. スクールで主に行いたいトリックは？ _____

*以下の承諾書に同意の上ご署名くださるようお願いいたします。もし同意いただけない場合は、参加をご遠慮いただきますのでご了承ください。

承諾書

私は、イベント・大会に参加するにあたり、以下の条件を承諾するものとします。

1. アクションスポーツイベント・大会に参加する際は、自己あるいは他人の作為・不作為・不注意により損失・損害・傷害に至る危険がある事を承知します。また、不可知の危険のある事も承知します。
2. 本イベントの参加によって生じた損失・損害について、自己の責めにある限り主催者ならびに関係者に対して訴訟をしないことを約します。
3. 参加者同士あるいは他者との事故が発生した場合は自ら措置し、主催者ならびに関係者に対してその責任を負わないことを約します。
4. 参加する限りスポーツマンらしく礼儀正しく、自己の健康や用具・身支度を整え、主催者の指示に従って行動することを約します。
5. 本イベント・大会開催中の映像・写真・記事・記録において氏名・年齢・性別・記録・肖像権の個人情報が各種メディアに報道・掲載されることに対し、異議申し立てをせず、掲載権・使用権は主催者側に属することを承諾します。
6. 本イベント・大会に参加するために提供する個人情報は、主催者の個人情報取扱規定に基づき厳重に管理され、事故等による保険請求の際には、主催者の締結する保険会社及び保険代理店に提供されることを承諾します。
7. 戸吹スポーツ公園のルール・戸吹スケートパークの利用基準を順守することを約します。
8. 前日17:00以降のキャンセル、無断欠席の場合は、参加費をお支払いいたします。

記入日 年 月 日

本人署名 印 *本人が幼児の場合保護者代筆可 生年月日 年 月 日

住所 ㊤

保護者署名 印 *参加者が18歳未満の方は、保護者の署名捺印が必要です。

*本イベントの参加者は主催者が一括契約する以下の傷害保険に加入しております。

| 傷害・保険補償概要(内訳) | 保険金額 | 備考 |
|---------------|------------------------|---|
| 死亡・後遺障害 | 200万円 | * イベント開催中のみ適用 * 取扱保険会社 富士火災海上保険株式会社 |
| 後遺障害保険金追加支給 | あり(死亡保険金同額まで) | |
| 入院保険金額 | 1日当たり2,000円 | |
| 手術保険金 | 2万円・4万円・8万円 | |
| 通院保険金額 | 1日当たり1,000円 | |
| 傷害医療用保険金 | 50万円限度(健康保険対象部分の自己負担分) | |