平成30年度(公社)神奈川県馬術協会
障害者乗馬教室騎乗者参加票

＜記入日＞ 平成31年　月　日

開催日時：平成31年3月9日(土)12:00～14:00　＜雨天の場合は中止＞

ふりがな お名前		生年月日 年　月　日 男・女	歳
ふりがな 〒 ご住所		電話番号(　　)　－ FAX番号(　　)　－ E-Mail	
身　長 cm	体　重 kg	ヘルメットサイズ cm	その他
学校名 施設名		かかりつけ病院 医師名	
障害名	乗馬経験・頻度 いままでに　回	月に　回	手　帳 種　級

○×をお付け下さい。
首の座り　自立座位　自立立位　自立移動　補助具使用　聴　力　視　力

具体的症状(身体的・情緒的・知的面から詳細に記入してください。)

その他(ご意見など)

◎ご兄弟で参加される場合は、お名前、年齢をこの欄にご記入ください。

服用薬品名・用途	mg
加入の障害保険名 保険公社名	

承諾書

今般、貴会の許可をいただき乗馬するにつきましては、本乗馬により私(我々)が起こしました事故は、対人対物にかかわらず私(我々)がその危険(リスク)を負担いたします。

そして、この乗馬に起因する全ての損害賠償請求権・起訴、その他一切の要求を永遠に放棄し、貴会には一切ご迷惑をお掛けいたしません。

(未成年者は保護者が記入してください。)

平成31年　月　日

騎乗者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印