

- ★ 保護者の皆様は、以下の所定用紙にご署名の上、
下記の宛先までご返送ください。

国際ソロプチミスト _____

連絡先氏名： _____

連絡先eメールアドレス： _____



保護者同意書

私は、私の子供である _____ に、国際ソロプチミストアメリカのプログラム「夢を拓く：女子中高生のためのキャリア・サポート」の活動に出席・参加する許可を与えます。私は、私と私の子供が以下の点で法的に拘束されることを了承し、これに同意します。

1. 緊急時に私に即座・容易に連絡がつかない場合、子供が医療ケアを受けるのを認める権限をファシリテーターに与えることを許可します。
2. 私の子供に応急処置が必要な場合、緊急の診断および手当での費用など、かかる処置に関連したあらゆる費用を支払うことに同意します。さらに、私の子供の医療処置および搬送に関連したいかなる費用についても、ソロプチミスト、およびそのボランティア、会員、ファシリテーター、従業員が損害を受けないよう補償することに合意します。
3. このプログラムに関連して生じた怪我、病気、疾患、損失、損害について、たとえそれがクラブ、その会員、ボランティア、ファシリテーター、及び（または）従業員の過失による場合でも、ソロプチミストはその責任を負わないことに同意します。私は、本プログラムの活動に関連するいかなる賠償責任からも、ソロプチミスト、その会員、ボランティア、ファシリテーター、従業員を免責し、補償することに合意します。
4. この同意と免責は、国際ソロプチミスト _____ が所在する州または地域の法律に準拠するものとします。これには法の抵触に関する原則は適用されません。

保護者の氏名： _____

保護者の署名： _____ 日付： _____

保護者の自宅電話番号： _____

勤務先電話番号： _____ 携帯電話番号： _____

保護者のメールアドレス： _____

署名済みの本同意書は、ソロプチミスト・クラブに返送してください。