アリゼ　ダイビング参加に関する保護者承諾書

私こと、下記署名の　父☐　　母☐　　その他☐（具体的な関係を記入してください）：

氏名：.....　電話番号：.....

住所：.....　緊急連絡先：.....

私は、未成年者である　氏名：_____の法的保護者として、NAUTAC ALIZEが行うスキューバダイビング及び付随するアクティビティに参加することを**承諾**いたします。
また必要時には、NAUTAC ALIZEの責任者又はインストラクターが私の代理として、医療機関に対し医療行為を許可することに同意します。

健康問診票：

当事者は現在下記の症状を有している、または過去に有したことがあります。 *（該当する症状に印をつけてください）*

☐ パーソナリティ障害・神経症(ノイローゼ)
☐ 癲癇(てんかん)発作
☐ 脳梗塞
☐ 慢性喘息
☐ 気胸症
☐ 高血圧症
☐ 不整脈
☐ 最近外科手術をした
☐ ヘルニア
☐ 網膜剥離
☐ 強度近視
☐ 鼓膜穿孔
☐ 坐骨神経痛
☐ 記憶障害を伴う外傷性脳損傷
☐ めまい
☐ 血管奇形
☐ 慢性閉塞性肺疾患
☐ 肺気腫
☐ 頻脈　（100 を超える）
☐ 狭心症　または心筋梗塞
☐ ペースメーカー使用
☐ 潜水事故を起こしたことがある
☐ 過敏性腸症候群
☐ 緑内障
☐ 中耳炎
☐ 副鼻腔炎
☐ 糖尿病
☐ 現在妊娠中

・上記以外の症状がある場合は、その病名を記入してください。：
・アスピリンやその他に対するアレルギーがある場合は、詳細を記入してください。：
・心臓疾患、血管疾患、脳疾患、呼吸器疾患等の全ての病歴（現在、過去を問わず）、そして、薬、アルコール、麻薬を常用している場合は必ずその旨を申告しなければなりません。当事者はこれに該当しますか？
☐はい　　☐いいえ

私は、上記の内容が正しく、自分の知る限りにおいて、当事者がこの健康問診票に記載されているどの症状にも当てはまらないことを宣言します。このリストは目安であり、記載された症状のみに限定されたものではありません。

上記の症状にひとつでも該当する場合は、当センターでスキューバダイビングをするための医師の健康診断証明書が必要となります。全ての場合において、ダイビング許可は当ダイビングセンター責任者の判断に委ねられます。

私は、メディカルチェック及びスキューバダイビング実施における禁忌調査に関して、当ダイビングセンター（NAUTAC ALIZE）がその責務を遂行したことを認めます。

当事者は、ダイビングの傷害保険に加入していますか？：
☐はい。　　保険会社名を記入してください：
☐いいえ。　ただし、私は傷害保険加入が可能であることとその有用性について認識しています。

私はダイビング実施における各種の危険性を十分に認識し、上記未成年当事者を同意のもとに参加させることを認めます。

署名：.....**日付：**.....**年**.....**月**.....**日**

センター責任者の承認 ：.....**日付：**.....**年**.....**月**.....**日**
原本確認済:　　**身分証明書:**

ダイビングセンター責任者記入欄（ファンダイビングの場合）：
認定レベル：　　経験ダイブ本数：　　最後に潜った日：
認定機関名：　　取得年月日：
認定証を発行したクラブ名と場所（最後に取得した認定証）：