宿泊体験プログラム『のじま防災キャンプ』（2025.3.1 ～ 3.2実施）

ご記入の上、《2/24(月)17:00までに》メールでご提出ください

送付先：nojima-toiawase@yokohama-youth.jp

参加者基本情報カード

|  |  |
| --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　男・女　 | 生年月日　　　　年　　　月　　　日 (満　　　歳) |
| 保護者氏名(こども参加者のみ記入)　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 続柄　　　　 | 緊急連絡先(こども参加者のみ記入)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | 過去参加歴〔 □なし / □あり 〕直近参加の事業名：　　　　　　　　　　　　　 |
| 1. 身体状況身長　　　　cm　　　体重　　　　kg　　　平熱　　　　度　　　血液型　　　（Rh　　）型　 |
| 2. 現在服用している薬（常用薬や持病薬など） 〔 □なし / □あり 〕＜薬名、服用理由、回数、量など＞　　　　　 |
| 3. 持病（食物アレルギー・ぜんそく等）や既往症の有無 〔 □なし / □あり 〕＜具体的に＞　　　　　 |
| 4. 配慮が必要な事項（障がい・遅滞(知的・発達・身体・精神)等）の有無 〔 □なし/ □あり / □診断中 〕＜具体的に＞　　　　　 |
| 5. 過去1年以内に受けた予防接種や血清　〔 □なし / □あり 〕　※ある場合：種類　　　　　　　　　　　　　　　受けた年月日　　　　　年　　　月　　　日 |
| 6. その他（本人の性格、活動中に気を付けてほしいこと、宗教上の医療拒否等）※対応できかねる事項もあります。　　　 |
| 7. 保護者の承諾(こども参加者のみ記入)＊　　　　　　（参加者氏名）が健康であることを認め、のじま防災キャンプ(3/1～2)に参加させます。＊活動実施中に病気、けがや発熱が発生した場合はプログラムから一時離脱のうえ休養、または保護者引き取りによる帰宅となることを了承し、引き取りとなる際は迅速に対応します。＊緊急を要する病気やけがの場合、医療機関への受診および入院などに関する処置は診察医、主催者の判断に委任します。ただし、手術などの必要が生じた場合は、保護者が了承した上で立ち会います。＊主催者の指示以外の行動をとったことによる病気、けがの責任は保護者にあることを承諾します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

注意

⑴ 疾病や既往症がある方は、必ず医師による診断を受けてください。事業への参加が可能という診断があった場合のみご参加いただけます。

⑵ 記載漏れがある場合は、主催者側で責任を負えないことがあります。

⑶ 本カードは事務局が厳重に管理し、参加者の健康管理や急病、事故等の対応時に使用します。また、事業終了後速やかに処分いたします。