



# 秋の日帰りプログラム

White Plains から車で約30分ほどのウォードポンドリッジ・リザベーションは川、森、広場がある自然豊かな公園です。野外料理、スポーツなど仲間と一緒にたくさん体を動かして遊びましょう。動きやすい服装と運動靴で気軽にご参加ください。皆さんに会えること楽しみにしています。

## < ご案内 >

- 日 程 … 2016年 10月2日(日)
- 行 き 先 … ウォードポンドリッジ・リザベーション Ward Pound Ridge Reservation  
(6 Reservation Road, Cross River, New York 10518)
- 内 容 … 公園内での野外料理、ハイキング、スポーツ、外遊び
- 対 象 … 年長～小学6年生 約30名  
13～15歳の中高生(YRM) 約10名
- 集 合 … 午前10時 ウェストチェスター White Plains YMCA  
午前11時 Ward Pound Ridge Reservation
- 解 散 … 午後3時 Ward Pound Ridge Reservation  
午後4時 ウェストチェスター White Plains YMCA
- 持 ち 物 … お弁当、水筒、防寒着など(詳細はお申込後、参加要項にてご案内いたします)
- 参 加 費 … \$50(貸切バス利用)、\$40(現地集合解散)、\$30(YRM、貸切バス利用の場合も同額)  
※自家用車利用の方は、駐車場代金がかかります(\$10)。現地にて各自でお支払いください。
- 交 通 … 往復貸切バス (White Plains から片道約 30 分。または自家用車による現地集合解散。)
- 雨天の場合 … 10月16日(日)に延期  
※当日の朝8時までに E メールとブログにてお知らせします。10月16日に来られない場合、参加費は全額返金いたします。

### YRM(中高生)メンバーも募集!

YRM(中高生定例活動)のメンバーも参加することができます。プログラムの準備、子どもたちのケアが主な役割です。前日に準備会がありますので、当日と合わせてご都合のつくことを確認の上、お申込みください。また当日は一般の参加者よりも30分程集合が早く、解散が遅くなります。(貸切バス利用のみ。)

※前日(10/1)に準備会があります。  
4時～6時 ホワイトプレインズ YMCA  
※コミュニティーサービスなどのボランティア活動証明書を発行します。

## <お申込み方法> 9月1日から受付開始

- ①予約 …… 電話またはEメールでご予約下さい。Eメールの場合、以下の内容をお送り下さい。  
**1)参加者全員の名前(ひらがな) 2)プログラム参加時の年齢 3)電話番号**  
YMCAから確認の返信をもって予約完了となります。
- ②申込書等の提出 …… 予約完了後**1週間以内**に届くよう、本紙にある**提出書類**に**参加費**チェックを添えてご郵送下さい。クレジットカードをご利用の場合は記入済み申込書を PDF ファイルでお送り頂くことも可能です。  
参加費の支払  
<提出書類>  
○ 申込書・参加承諾書 ○ 参加同意書(英文) ○ 保険カードのコピー(両面)
- ③参加要項 …… **当方が提出書類と参加費を納められたことを確認した後**、プログラムや持ち物などを記載した詳しい参加要項をプログラム実施2週間前までに郵送します。

- ※ご注意
- 1、定員となり次第締め切らせて頂きます。お早めにお申込み下さい。
  - 2、最少催行人数は5名です。人数が集まらなかった場合、プログラム開始5日前までにご連絡いたします。
  - 3、やむを得ずキャンセルされる場合は、White Plains Office までご連絡下さい。当方の規定により、手数料(\$10)を除き以下の通り返金いたします。10日前まで:参加費残金100% 7日前まで:50% 前日まで:30% 当日:返金はありません。

# 秋の日帰りプログラム 申込書

2016年10月2日(日)

参加者名(漢字)	Name(English)	性別	生年月日	年齢	学校名(学年)
Address:		Family E-mail Address:		Home Phone:	
集合解散の希望: <input type="checkbox"/> をしてください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>▪ White Plains</span> <span>▪ 現地 Ward Pound Ridge Reservation</span> </div>					
Account Holder/Parent/Guardian Information #1/ 支払い責任者・保護者氏名(フォト ID と同じ表記)					
Last Name		First Name		漢字氏名	
参加者との関係 <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other:			参加者の親権をお持ちですか Custodial Parent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date of Birth/生年月日
Address:(上記と同様であれば記入不要)			E-mail Address:(上記と同様であれば記入不要)		Cell Phone:
Parent/Guardian #2/Non-Custodial Parent Information/ 二人目の保護者氏名、親権のない保護者氏名(フォト ID と同じ表記)					
Last Name		First Name		漢字氏名	
参加者との関係 <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other:			参加者の親権をお持ちですか Custodial Parent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date of Birth/生年月日
Address:(上記と同様であれば記入不要)			E-mail Address:(上記と同様であれば記入不要)		Cell Phone:
Emergency Contacts and Authorized Pick Up Persons (in addition to parents / guardians) / 保護者以外の緊急連絡先・参加者引き渡し(必要な場合のみ)					
1.Name :		2.Name :		3.Name :	
Relationship to Camper :		Relationship to Camper :		Relationship to Camper :	
Home Phone :		Home Phone :		Home Phone :	
Cell Phone :		Cell Phone :		Cell Phone :	
Email :		Email :		Email :	
Payment Information / お支払いについて					
お支払い方法 <input type="checkbox"/> Check (payable to <b>Frost Valley YMCA</b> )			お支払い金額:		
<input type="checkbox"/> Visa			\$		
<input type="checkbox"/> Master Card					
Account No.		Exp. Date	Name on Card		
Signature			Date		
<b>参加承諾書</b> 東京-フロストバレーYMCA パートナーシップ「秋の日帰りプログラム」に参加申込みをします。私の子ども(達)に健康上の問題はなく、プログラム参加にあたり他人に迷惑をかけるようなことはありません。また以下について了承します。					
1. プログラム中は YMCA ディレクターをはじめとするスタッフ、リーダーが健康上、安全上必要な行動をとること。 2. スタッフの指示に従わないなどルールを守れない場合、プログラム途中であっても参加を取り消されること。 3. 参加同意書、緊急連絡先など必要書類を期限内に提出すること。 4. キャンセルの場合、手数料を差し引くこと、キャンセル規定に従って返金されること。 5. プログラム中に撮影された写真等が YMCA の広報(印刷物、ホームページなど)に使用されることがあること。					
2016年    月    日 保護者署名 _____					

アレルギー、健康上留意点などありましたらお書きください。

ご要望、メッセージなどをどうぞ。



## Frost Valley YMCA

---

### PLEASE READ & SIGN BELOW

I hereby enroll my child in Tokyo-Frost Valley YMCA Partnership Day Camp. In signing this application, I certify that he/she is healthy and free of problems that could adversely affect his/her stay or that of other campers at Frost Valley YMCA.

I grant permission for the applicant to participate in all planned camp activities. I hereby grant the Frost Valley YMCA and its agents full authority to take whatever actions they deem necessary regarding my child's health and safety, and I fully release Frost Valley YMCA from any liability in connection there within. I understand that prudent attempts will be made to contact the undersigned immediately. I understand that I will be responsible for payment of all medication bills.

I understand that my child must comply with the camp's rules and standards of conduct and that the organization may terminate my child's participation in the camp program if he/she does not maintain these standards.

Frost Valley YMCA is not responsible for lost, stolen, or damaged personal articles. I authorize Frost Valley YMCA to have and use photographs, slides, video tapes and comments of the person named on this application as needed in promotional materials and public relations programs. I understand that Frost Valley YMCA is a not-for-profit organization offering programs not otherwise available. In return, I individually and corporately agree to hold harmless Frost Valley YMCA, its volunteers, agents, employees and officers irrespective of any negligent act or omission by Frost Valley YMCA and/or those individuals arising from or related in any way to this Frost Valley YMCA program.

---

Date

Signature of Parent or Guardian



## Authorization to Consent to Treatment of Minor Temporarily Separated From His /Her Parent.

(参加者の名前・英語)

I, the undersigned, parent or legal guardian of \_\_\_\_\_, a minor, do hereby authorize **Frost Valley YMCA**, as our agent(s) to consent to any diagnostic procedure or medical care which is deemed advisable by, and is to be rendered under the general or special supervision of any licensed physician at the nearest hospital with facilities appropriate to my child's injury/illness.

It is understood that this authorization is given in advance of any specific need for treatment but is given to provide authority on the part of the aforesaid agent(s) to give specific consent to any and all such diagnosis, treatment, or hospital care which the physician in the exercise of her/his best judgement may deem advisable.

This authorization shall remain effective on **October 2, 2016 / Rain date: October 16, 2016** unless sooner revoked in writing delivered by said agent(s).

---

Patent/guardian's printed name (英活字体)

Signature

Date