



One Day Ski 2017

合計4回 1/8、1/15、2/5、3/5

充実のレッスン

- 子どもたちはYMCAのリーダーによるレベル別グループレッスンを終日受けられます。(自由参加)
- 子どもたちがレッスンを受けている間、保護者の方は自由にスキーをお楽しみください。ご希望によりいつでもご家族で行動して頂くこともできます。

お得なプラン

- リフト券は個人で購入されるよりもお得です。
- もっとのんびりと楽しみたい方は、フロストバレーYMCA 宿泊とのセットがお得です。

子ども・ファミリー対象
～現地集合・解散～

中学生・高校生対象
～貸切バス利用～

日程	2017年 1月8日(日)、3月5日(日)	
レッスン開始	10AM	Belleayre Mountain Ski Area Discovery Lodge 内
解散	4PM	
スキー場	Belleayre Mountain Ski Area Belleayre Mountain Road, Pine Hill, NY 12465 (ウェストチェスターから車で約2時間30分)	
対象	小学1年生～15歳 ※初心者定員 3名前後	大人
参加費	\$80	\$55
参加費に含まれるもの	レッスン代・リフト券・昼食	リフト券・昼食
スキーレッスン	リーダーによるスキー指導	原則としてありません
レンタル代	\$30 (板、ブーツ、ストック)	

日程	2017年 1月15日(日)、2月5日(日)	
集合	7AM	White Plains YMCA 250 Mamaroneck Avenue White Plains, NY 10605
解散	6PM	
スキー場	Belleayre Mountain Ski Area Belleayre Mountain Road, Pine Hill, NY 12465 (ウェストチェスターからバスで約2時間30分)	
スキーレベル	はじめての方から上級者までどなたでも	
対象	13歳～高校生	
参加費	\$130	
参加費に含まれるもの	レッスン代・リフト券・往復交通費	
スキーレッスン	リーダーまたはYMCAスタッフによる指導	
レンタル代	\$30 (板、ブーツ、ストック)	

お申し込み方法

- ①予約
 - 電話またはEメールでご予約下さい。Eメールの場合は下記の内容をご連絡いただき、YMCAから確認の返信をもって予約完了とさせていただきます。
1) 名前(ひらがな)、2) 性別、3) プログラム参加時の年齢、4) スキーレベル、5) 電話番号、6) 参加日程
- ②申込書等の提出 参加費の支払
 - 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**参加費とスキーレンタル代**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した申込書をPDFファイルでお送り頂くことも可能です。
<提出書類>
○ 申込書/支払いについて ○ 参加承諾書(日本語)、同意書(英文)
○ 保険カードのコピー(両面)・・・中学生・高校生対象のみ
- ③参加要項・提出書類
 - お申しいただいた方には、プログラムや持ち物などを詳しく記載した参加要項他を郵送いたします。
- ④キャンセル
 - 当方の規定により申込金10ドル(参加費に含む)を除き、下記のとおり返金いたします。
実施2日前(金曜)午後5時まで・・・申込金\$10を除く全額、前日・・・申込金\$10を除く半額、当日・・・レンタル代のみ

ご注意: 1、定員(各回20名程度)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、積雪状況、天候によりスケジュールの変更、中止の場合もございます。
3、最少催行人数は各回6名以上となります。人数が集まらなかった場合、プログラム開催の5日前までにご連絡いたします。

One Day Ski 2017 申込書/支払いについて

参加者名(漢字)	参加者名(ローマ字)	生年月日/年齢	性別	スキーレベル	レンタル (身長・体重・靴)
参加日: <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> 1/15 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 3/5		歳		はじめて/経験者	ft./ lb./
参加日: <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> 1/15 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 3/5		歳		はじめて/経験者	ft./ lb./
参加日: <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> 1/15 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 3/5		歳		はじめて/経験者	ft./ lb./
参加日: <input type="checkbox"/> 1/8 <input type="checkbox"/> 1/15 <input type="checkbox"/> 2/5 <input type="checkbox"/> 3/5		歳		はじめて/経験者	ft./ lb./

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。

その他、ご希望、メッセージなどをどうぞ。

Address:	Family E-Mail Address:	Home Phone:
----------	------------------------	-------------

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(追加)

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 :

お支払金額合計: \$	参加費: 子ども \$ X 名 X 回 = \$
	大人 \$ X 名 X 回 = \$
	スキーレンタル代 \$ 30 X = \$
Account No.	Exp. Date
	/
	Name on Card
Signature	Date

参加承諾書 :

東京-フロストバレーYMCA パートナースHIP「One Day Ski」に参加申込みをします。私のこども(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。また以下のことを了承します。

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. キャンプでは怪我をするリスクが生来あることを理解し、フロストバレーYMCA に対して一切責任を追及しないこと。
4. 総合病院で診察・治療する場合の費用は参加者の個人負担になること。
5. フロストバレーYMCA は、私有物の紛失、盗難、損傷について責任を負わないこと。
6. 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。
7. 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。

_____ 年 月 日 保護者署名: _____

PLEASE READ & SIGN BELOW

I hereby enroll my child in Tokyo-Frost Valley YMCA Partnership One Day Ski. 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.

Signature of Parent or Guardian

Date

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 **January 8, January 15, February 5 and March 5, 2017** unless sooner revoked in writing delivered by said agent(s).

Parent/guardian's printed name (英活字体)

Signature

Date