

**KIU Academy**  
**Sports Permission Form**  
**For the 2011-2012 School Year**

Please read, complete, sign, and return as soon as possible. Thank you.

I give permission for \_\_\_\_\_ (name of student) to participate in the following sports (Please check all that your child may be involved in this school year.)

- volleyball       basketball       soccer       badminton       baseball

I am aware that with the participation in sports comes the risk of injury to my child. I understand that the degree of danger and the seriousness of the risk vary significantly from one sport to another with contact sports carrying the higher risk.

I am also aware that participating in sports will involve travel with the team. I acknowledge and accept the risks inherent in the sport and with the travel involved, and with this knowledge in mind, grant permission for my child to participate in the sport and travel with the team. I grant this permission knowing that my child could be seriously injured resulting in sizeable medical costs for which I am responsible, and I understand that in the case of an emergency, every effort will be made to contact me as soon as possible.

Emergency Authorization: In the event I cannot be reached in an emergency, I hereby give permission to physicians selected by the coaches and staff of KIU Academy to hospitalize, secure proper treatment for and to order injection and/ or anesthesia and/or surgery for the person named above.

Signed \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

KIU アカデミー

## スポーツ参加許可書<2011 年度>

下記をよくお読みいただいた上で、必要事項を記入し、署名捺印して出来るだけ早くご提出くださいますよう、よろしくお願いいたします。

私は\_\_\_\_\_ (生徒氏名) が次のスポーツに参加することを許可します。(この学年に参加してもいいスポーツ全部をマークしてください。)

- バレーボール
- バスケットボール
- サッカー
- バドミントン
- 野球

私は、スポーツに参加することには怪我のリスクが伴い、そのリスクの度合いはスポーツにより異なる (コンタクトスポーツのほうがより高いリスクを伴う) ことを理解します。

またスポーツに参加することはチームと共に移動することも含まれることを理解し、スポーツならびに移動に伴うリスクを承知し容認します。非常の場合は出来るだけ早急に私に連絡を取るようあらゆる努力が払われることを理解し、かつ怪我が深刻なものとなり得ること、およびそれにかかる相当な医療費は私が負担することも承知した上で、私は子どもが上記スポーツに参加し、チームと共に移動することに許可を与えます。

緊急時の権限の委任：緊急非常時に私への連絡がつかない場合、コーチや KIU アカデミーの教職員の選んだ医師が、上記の子どもを必要に応じて入院させたり、適切な医療処置を施したり、注射や麻酔や手術を行なう判断を下すよう、ここにその権限を委任します。

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 日付 \_\_\_\_\_