

Moana Kamali'i Center

REGISTRATION, PERMISSION & LIABILITY

RELEASE/ 登録, 許可, 責任免除

Referred By/紹介者 _____

Today's Date/今日の日付 _____. Preferred Start Date/希望開始日 _____



Child Information 子供の情報

_____ M F
First Nameファーストネーム M.I. ミドルネーム Last Name 苗字 Preferred Name 好ましい呼び名

Date of Birth 生年月日

Street Address 住所 City Zip

Please circle one

Naval Hospital or Japanese Hospital

海軍病院または日本病院



Your Preferred Schedule/希望スケジュール

Monday Tuesday Wednesday Thursday Friday Saturday Sunday

IN: _____ IN: _____ IN: _____ IN: _____ IN: _____ IN: _____ IN: _____

OUT: _____ OUT: _____ OUT: _____ OUT: _____ OUT: _____ OUT: _____ OUT: _____



Family Information 家族情報

Parent/Guardian 保護者

First Name Middle Name Last Name 苗字

ファーストネーム ミドルネーム

Mobile Phone / 携帯電話 Work Phone 勤務先の電話

Place of Work 勤務先. E-mail Address / メールアドレス

Parent/Guardian 保護者

First Name Middle Name Last Name 苗字

ファーストネーム ミドルネーム

Mobile Phone / 携帯電話. Work Phone / 勤務先の電話

Place of Work 勤務先 E-Mail Address メール

Sibling(s) 兄弟

Sibling Name 兄弟の名前 _____ D.O.B 生年月日 _____

Sibling Name 兄弟の名前 _____ D.O.B 生年月日 _____

Sibling Name 兄弟の名前 _____ D.O.B 生年月日 _____

Sibling Name 兄弟の名前 _____ D.O.B 生年月日 _____



Information about Child 子供に関する情報

Is there any other information about your child that would be helpful for the staff to know in order to take better care of your child?

(Please attach additional sheet if necessary.) / お子さんの世話をする

ためにスタッフが知っておくと役立つ、お子さんに関する他の情報はありますか？（必要に応じて追加書類を添付してください。）



Your Child's Health あなたの子供の健康状態

Does your child take any prescribed medications? あなたの子供は処方された薬を服用していますか? **Y/N**

Does have any allergies? お子さんにアレルギーはありますか?
Y/N

If yes, please explain: はいの場合、説明してください:

Is your toddler toilet trained? トイレトレーニングは終わっていますか? **Y/N**

Is your toddler currently learning to use the toilet? 現在トイレトレーニング中ですか?

Y/N

そうでない場合、あなたは何歳からお子さんにトイレトレーニングを始めたいですか?

Will your toddler tell a staff member when they need to use the restroom? お子さんはトイレを使う必要があるときにスタッフに伝えることができますか? **Y / N**

Please list any special needs your child may have. その他特別な注意が必要であれば記載してください。

。

。



Authorized Individual(s) /許可された人

Please list anyone not previously listed who is authorized to pick up your child. I.D. will be required at the time of pick up. Indicate if the person listed may also be contacted in the event of an emergency.

あなたの子供を迎えに行くことを許可されている人を記載してください。。 身分証明証の表示が必要になります。緊急時に以下に記された人にも連絡が可能であるか否かもチェックしてください。

	<u>Relationship to Child</u>	<u>Work Phone</u>	<u>HomePhone</u>	<u>Cell Phone</u>	子ども
Emergency Name: 緊急連絡者名 :	との関係	勤務先の電話	自宅の電話	携帯電話	
_____	_____	_____	_____	_____	Y N
_____	_____	_____	_____	_____	Y N
_____	_____	_____	_____	_____	Y N
_____	_____	_____	_____	_____	Y N

Are there any custody restrictions?/養育権の制限はありますか？ Y/ N

If yes, a copy of the court order and any restrictions must be submitted with these registration forms. はいの場合、裁判所命令のコピーと制限事項をこれらの登録フォームとともに提出する必要があります。



Permission Form /許可証

1. I hereby give permission for pictures and/or videos to be taken of my child in the program setting for general record-keeping purposes./1. 私はここに、プログラムで私の子供の写真やビデオを撮影することを許可します一般的な記録管理の目的

Parent/Guardian Signature /保護者サイン _____ Date /日付 _____

2.hereby give permission for using my child's picture or video on social media such as our official instagram/facebook./2.私はここに私の子供の写真やビデオをオフィシャルインスタグラムやFacebookへの投稿を許可します。

Parent/Guardian Signature /保護者サイン _____ Date /日付 _____

3. I hereby give permission for my child to participate in all activity./3.私はここに私の子供がすべての活動に参加することを許可します。

Parent/Guardian Signature /保護者サイン _____ Date /日付 _____



Liability Release Form / 責任免除フォーム

In consideration of allowing the previously declared participant(s) to begin participation in Moana Kamali'I Center activities, while on the premises and property of said Center, the undersigned, for themselves, and/or being the legal and acting guardian of participant(s), acting for themselves and on behalf of the participant(s), release and hold harmless Moana Kamali'I Center, its owners, employees, and agents of and from any and all liability, claims, demands, and causes of action whatsoever, arising out of or related to any loss, damage, or injury, including death, that may be sustained by the participant and/or the undersigned, while in or upon the premises upon which Moana Kamali'I Center is conducted, or any premises under the control and supervision of Moana Kamali'I Center, its owners, officers, employees, or agents or in route to or from any of the said premises, or while at any premises or place when activities sponsored by or participated in by Moana Kamali'I Center, its owners, officers, agents, or employees. /登録した参加者が当センターの敷地内にいる間、モアナ・カマリ・センターの活動への参加することを許可するにあたり、参加者および参加者の法的代理後見人である、彼ら自身のために、参加者に代わってMoana Kamali'Iセンター、その所有者、従業員、および代理人を、いかなる損失に起因または関連するあらゆる責任、賠償請求、要求、および訴訟から解放します。

Parent/Guardian Signature / 保護者サイン _____ Date / 日付 _____



Assumption of Risk / リスクの推定

Participation in physical activities can involve motion, rotation, and height in a unique environment and as such carries with it a certain assumption of risk. The undersigned and the participant(s) choose to voluntarily enter upon said premises under the control of said limited liability company, knowing their present condition and knowing that said condition might become more hazardous and dangerous during the time the participant or the undersigned is upon said premises. The undersigned and the participant(s) voluntarily assume any and all risks of loss, damage, or injury that may be sustained by the participant(s) and/or the undersigned or any property owner by them while on or upon said premises above. The limited liability company may, but shall not be obliged to carry insurance on the participant(s) and the existence of insurance shall not change, alter, or increase the liability of the Moana Kamali'I Center to the participant(s) and the undersigned or affect the terms of this Release. In signing the Release, the undersigned acknowledges. /身体活動への参加は、独特の環境での動き、回転、身長を伴う可能性があり、そのため、リスクの推定伴います。署名者および参加者は、現在の健康状態を知り、参加者または署名者が敷地内にいる間は健康状態によっては当センター内での活動が危険な可能性があることを承知して参加すること。参加者は自らが被るかのうせいがある損失、損害、または傷害のリスクを自主的に負うものとします。参加者に保険をかける義務を負わないものとし、保険によってセンターへの責任を問わないものとする。

- a) That they have read thoroughly, understands completely the terms of Registration and Release, and signs it voluntarily./十分に読み、登録とリリースの条件を完全に理解し、自主的に署名すること
- b) That the undersigned signing either for themselves, or as Legal Guardian is, in fact, the true and legal guardian and has the consent of the participant(s)./署名は自分自身、または法廷後見人として、参加者の同意を得ていること。

Parent/Guardian Signature /保護者サイン_____ Date /日付_____



Medical Release /医療リリース

The undersigned gives permission for Moana Kamali'I Center owners, employees, and/or agents to seek emergency medical treatment for the participant(s) in the event they are unable to reach any parent or guardian. The undersigned also agrees that they themselves will be responsible for any financial debt incurred by said action. /署名者は、センターの所有者、従業員、および/または代理人が、参加者が親または保護者に連絡できない場合に緊急治療を求めることを許可します。発生した金銭的債務に対して責任を負うことに同意します。

Parent/Guardian Signature /保護者サイン_____ Date /日付_____

In case of Imergency/ 緊急時の搬送先
Chubu tokusyukai hospital/ 中部徳洲会病院
Tel.098-932-1110



type of insurance,insured accidents,and insured amount/利用者に対しての保険の種類・保険事故・保険金額

our facility is insured as follows,/当設では、以下の通り保険に加入しています。

type of insurance ;Comprehensive General Liability insurance/保険の種類:企業総合保険 一般

Amount of Insurance;30.000.000 yen/保険金額/賠償責任保証条項保険金額 30,000,000円



For inquiries and complaints regarding the content of child care of our facility, please contact the following

COMPANY: THE FAUNTEROY CORPORATION

NAME OF THE FACILITY MOANA KAMALI'I CENTER

REPRESENTATIVE: WAYNE FAUNTEROY/MIYUKI BENNETT

RECEPTION HOURS: 10AM-5PM

CONTACT NUMBER: 070-1970-1781

*This facility is a childcare facility that has not been accredited by the Child Welfare Act, Article 35 as a (unaccredited childcare facility) that is obligated to report its installation to Okinawa Prefecture based on the same Act, Article 59-2.

Notified to : Okinawa Prefecture (Child Care Support Division) TEL : 098-866-2457



当保育施設の保育内容等に関する問い合わせ、苦情等の受付先は以下の通りです。

施設の概要

施設の名称: モアナ・カマリイセンター

設置者: (株) TEE FAUNTEROY CORPORATION

管理者氏名 ベネット 美由紀

担当者: ベネット 美由紀 担当者連絡先 070-1970-0781(受付時間: 午前10時～午後5時)

* 当施設は児童福祉法第35の認可を受けていない保育施設(認可外保育施設)として同法第59条の2に基づき沖縄県への設置届出を義務つけられた施設です。

設置届出先: 沖縄県(子育て支援課) TEL 098-866-2457

