

(訳文)

オハナ サーフ プロジェクト 責任義務負担要求放棄書 及び登録書

Ohana Surf Project Liability Release & Registration Form

デラウェア有限責任会社であるオハナ・サーフ・プロジェクト・エルエルシー(以下、「OSP」という)は、参加者たちの安全を第一に考えております。当社は怪我が発生する可能性を最小限に抑えながら、安全な、楽しい、感動に溢れる、充実した学習体験を提供することを目指しております。しかし、サーフィンというスポーツ(ボード、リーシュ、他のサーファーたちの存在等を含む)及び海のコンディション(波、岩礁、潮流、野生生物等)には、OSPのコントロールが及ばない、またはお客様を保護しきれない多くの危険が伴います。従って、当社は、お客様がこれらのリスクを理解し、お客様(該当する場合には、お客様の未成年の子供)が、OSPの提供するプログラムにご参加の際に怪我をした場合、OSP、またはOSPの代表者の責任を問わないことに合意していたただかなければなりません。従って、OSPが提供するサーフィンプログラム及び又は関連活動に参加して

もらうことと引き換えに、私は下記開示項目を確認し、その内容に完全に合意します。

1. サーフィン等のマリーン活動を行う際、永久麻痺や死亡を含め、怪我をする危険性が高く、OSPが設けている規則、特定の安全装置や私自身の自制心(personal discipline)により、これらの危険性が減らされ場合があるものの、私がどんなにサーフィンや海のコンディションに関して経験を持っていても、どんなに精通していても、重傷する危険性が存在する。
2. 私は、サーフィン及びOSPが提供するサーフィンプログラムに危険性が伴う場合があることを認識し、また他者からのCOVID-19感染を含む、(それが「当該被免除者被」(下記に定義)等の過失に起因した場合も含めて)それらの既知、未知両方の危険性を理解し、同活動への参加に対して、私自身が全責任を負う。
3. 私はOSP及びその社員、マネージャーたち、従業員たち、または他の代表者(総称して、「当該被免除者」という)を一切の責任から免除し、彼らに対して法的措置を講じる全ての権利を任意に放棄する。私がこの活動に立ち会う、または参加する際に、異常または重大な危険の存在に気付いた場合、私は同活動への参加を取りやめ、直ちにその存在を近くの担当者に知らせる責任を負っていることを認識している。
4. 私は、私自身のために、そして私の相続人、譲受人、人格代表者及び近親者に代わって、あらゆる怪我、障害、死亡、または財産の喪失・損傷に関して、それが「当該被免除者」等の過失に起因したか否かを問わず、法が許す最大限の範囲において、OSPを含む当該被免除者を免除、補償、免責する。
5. 私は、OSPが、私に対するサーフィン指導を提供し、同社のプログラムへ参加させてくれることに合意することと引き換えに、OSPを含む当該被免除者に対し、請求を追求し、法的手続を開始し、訴えを起こし、または責任を問うこと、または彼らがいかなる賠償責任を負うことを期待したり、義務付けたり、追求しないことに同意する。私はOSPを含む当該被免除者を訴える権利を放棄すると共に、私がOSPのプログラムへ参加することに関連する、(OSPを含む当該被免除者による過失、不注意、無謀さ、または私に対して損害、病気、傷害、疾患、または死亡をもたらす他の作為・不作為に起因する場合を含める)あらゆる賠償責任請求から、OSPを含む当該被免除者を免除、免責する事に任意に同意する。また、私は、無関心の過失、又は重過失行為に当たる場合を除き、いかなる救助活動、救急活動、または医療活動を提供した場合、またはその提供を怠った場合における作為・不作為から、OSPを含む当該被免除者を

免責・免除することに明示的に合意する。

6. 私は、私(または私の未成年の子供)の身体的健康状態が良好であり、OSP のサーフィンプログラムに参加することができることを証明する。私(または私の未成年の子供)に医療上の緊急事態が発生した場合、私は、OSP の役員、代理人及び代表者に対して、彼らが私の代理人として、私(または私の未成年の子供)の為に医師または歯科医師が好ましいと判断した、医師または歯科医師の一般監督下で提供される、病院等の施設において実施されるレントゲン検査、麻酔、医学、歯科または外科的診断または治療を含む緊急治療を確保し、同治療に同意する権限を与える。また、私は私(または私の子供)に対して施される当該救急医療または歯科治療にかかる費用を負担し、私は私的医療及び賠償責任保険を持つべきであることを確認する。私は、私(または私の子供)の参加登録資料の一環として、医療緊急事態の際の連絡先を OSP に対して提供することに合意する。7. 私は、OSP が、私に対して報酬を一切提供せずに、私が映っている同社のサーフィンプログラムにかかるビデオや写真記録を、自社の宣伝用、或いは商業目的のために使用することができることに合意する。また、私は OSP が上記目的のために私の氏名、画像及び声をいかなる媒体(それが現在、既知または未知のものを問わず)においても使用できることに合意する。

8. 私は、私の過失、または私の行動によって損傷された全ての設備を取り替る、及び/または OSP に対してその補償を行うことに合意する。

9. 私は本書がハワイ州の法律に従って解されることに合意する。更に、私は本書の一部の規定が法的に無効と判断された場合、その残りの規定が依然として完全に法的効力を持ち続けることに合意する。私は、本書を読み、その内容を完全に理解しており、本書に署名することにより、重要な権利を放棄することになることを理解しており、一切勧誘されずに(without any inducement)、任意かつ自発的に本書に署名する。

の保護者の皆様:上記に署名することにより、上記参加者に対する法的責任を持つ保護者として、私は上記に定められたとおり、同未成年者の OSP を含む当該被免除者に対する免責に同意・合意し、また、法が許す最大限の範囲において、私は上記に定められた通り、私自身のために、そして私の相続人、譲受人及び近親者に代わって、私の未成年の子供によるこれらのプログラムへ関与・参加することに伴って発生するあらゆる賠償責任(それが当該被免除者の過失に起因した場合でも)から OSP を含む当該被免除者を免除、補償、免責することに合意する。

氏名 (Your Name) (required) :

メールアドレス (Please fill in your email) (required) :

本日の日付 (Please enter today's date) (required) :

//

署名 (Your signature) (required) :

未成年者についてご説明ください。 (Please enter your minors' information)

該当する未成年者の氏名 (Name of minor) :

生年月日 (Birthday of Minor) :

//

自宅住所 (Home Address) :

国名 (Country) :

- Japan
- Other

If other, which country :

電話番号 (Phone Number) :

生年月日 (Your Birthday) :

//

OSPをどのようにお知りになりましたか (required) :

- 広告/チラシ広告 Ad / Flyer
- 代理店/ホテル Agency / Hotel
- Client of OSP
- オハナ サーフ プロジェクト従業員から Employee of Ohana Surf Project
- 友人からの紹介 Friend Referral
- インターネット検索 Internet Search
- ビーチで遭遇 Met on the Beach
- サーフ スクールバスで Surf School Bus™
- ソーシャルメディアで Social Media
- 旅行案内で TripAdvisor
- 口伝えで Word of Mouth
- による情報で Yelp
- その他 Other

紹介者氏名や情報の内容等 (If Other, how did you hear about us? If Referred by a Friend or Employee, then who?) :

緊急時の連絡先 氏名 (Emergency Contact Name) :

連絡手配先 (Emergency Contact Phone Number) :

連絡先はオアフ島内ですか? (Is the emergency contact on island?) :

- はい Yes
- いいえ No

医療を受けている身体の状態、及び傷害がありますか? (Do you have any medical conditions or injuries?) (required) :

- はい Yes
- いいえ No

現在の健康状態、負傷や障害の有無、服用中の薬剤名等、スタッフが認識しておくべき事項
(Medical Conditions) :

医療保険会社名 (Medical Insurance Provider) :
