

家族同意書および医師診断書

フライト希望者

氏名 _____	年齢 _____
----------	----------

家族同意書

私は、上記の私の家族がパラグライダー専用車椅子を使用したパラグライダータンDEM（二人乗り）フライトを希望することについて、リスクも含めて説明を受け、それを理解し実施に同意いたします。

_____年 _____月 _____日 氏名 _____ 続柄 _____

医師診断書

ソアリングシステムパラグライダースクール 殿

上記の方のパラグライダー専用車椅子を使用したタンDEM（二人乗り）フライトについて実施要項等から身体的負担やリスクを確認しましたが、医学的見地からは、

- フライトに不適格な障がい認めません。
- フライトの支障となりうる障がい、フライトにより悪影響を受けうる障がい認めますが、以下の注意によりフライトは可能と思われます。
- 参加はすすめられません。

傷病名・程度 _____

所見・注意事項 _____

日付 _____年 _____月 _____日 医師名 _____

医療機関名 _____ 電話 _____