



**41-202 Kalaniana'ole Hwy., Suite 7, Waimanalo, HI 96795 PH. (808) 259-2500 FAX (808) 259-7900. E-mail: reshawaii@sealifeparkhawaii.com**

Name: \_\_\_\_\_ Interactive Program & Time requested: \_\_\_\_\_

Phone Number: \_\_\_\_\_ Inquiry Date: \_\_\_\_\_ Reply Date: \_\_\_\_\_

**IMPORTANT-RESERVATION IS NOT GUARANTEED UNTIL APPROVED BY SEA LIFE PARK'S MANAGEMENT**

1. Exactly what physical or cognitive limitations does the participant have?  
(Example: Blind, deaf, autistic, paraplegic, quadriplegic, cerebral palsy, etc.)  
\_\_\_\_\_
2. Is the participant capable of walking up and down steps unassisted?       YES       NO  
If not, who will be assisting? \_\_\_\_\_
3. Is the participant capable of entering and exiting the water unassisted?       YES       NO  
If not, who will be assisting? \_\_\_\_\_
4. Do you anticipate that the participant will have any difficulty keeping up with the group on land or in the water?       YES       NO  
If not, who will be assisting? \_\_\_\_\_
5. Is the participant capable of remaining afloat while wearing a life jacket and moving to specific locations in deep water?       YES       NO  
If not, who will be assisting? \_\_\_\_\_
6. Is participant comfortable being in deep water?       YES       NO  
If not, who will accompany them? \_\_\_\_\_
7. How will the participant be able to listen to, understand, and follow directions?  
\_\_\_\_\_
8. Is the participant minor?       YES       NO      If so, how old are they? \_\_\_\_\_ YRS
9. What other physical conditions does the participant have that may need special adaptations during the program?  
\_\_\_\_\_
10. Does the participant require any special equipment to be with them during the program such as oxygen tanks, orthopedic braces, hearing aids, etc.?  
\_\_\_\_\_

**DO NOT SIGN OR WRITE BELOW-INTERNAL USE ONLY BY SEA LIFE PARK MANAGEMENT**

Approved  Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Approval w/condition  Condition: \_\_\_\_\_

Denied [ ] Reason: \_\_\_\_\_



41-202 Kalanianaʻole Hwy., Suite 7, Waimanalo, HI 96795 PH. (808) 259-2500 FAX (808) 259-7900. E-mail: [reshawaii@sealifeparkhawaii.com](mailto:reshawaii@sealifeparkhawaii.com)

Aloha,

Please fill out the Special Needs form. Upon filling it out, our animal curator will evaluate your needs and recommend the most suitable program for you. This is to insure the safety of all participants, animals, and proper assessment made.

Mahalo for your understanding.

Sincerely,

Sea Life Park Hawaii



41-202 Kalaniana'ole HWY., Suite #7, Waimanalo, Hawaii 96795 PH. (808) 259-2500 FAX. (808) 259-7373

※注意1: この書類は英文の書類の内容を翻訳した物であり、正式な書類ではありません。

必ず英文の書類に記入してください。

※注意2: 予約はシーライフパーク・ハワイのマネージメントの承諾を得てから有効になります。

お名前: \_\_\_\_\_ ご希望のプログラムと時間: \_\_\_\_\_

電話番号: \_\_\_\_\_ 問い合わせ日時: \_\_\_\_\_ 回答の日時: \_\_\_\_\_

1. 参加希望者の障害の詳細を記入してください。

(例: 視覚障害、聴覚障害、自閉症、対麻痺、四肢麻痺、知的障害、麻痺、その他)

2. 参加希望者は、介助無しで階段の上り下りが可能ですか。 はい[ ]

いいえ[ ] ⇒どなたが一緒に参加または介助されますか。 \_\_\_\_\_

3. 参加希望者は、介助無しで水からの出入りが可能ですか。 はい[ ]

いいえ[ ] ⇒どなたが一緒に参加または介助されますか。 \_\_\_\_\_

4. 参加希望者は、陸上又は水中のプログラム参加中、他のお客様のペースに合わせて付いて行く事が困難であると思われるか。 いいえ[ ]

はい[ ] ⇒どなたが一緒に参加または介助されますか。 \_\_\_\_\_

5. 参加希望者は、ライフジャケットを付け、足のつかない深いプールで指示された場所に移動する事が可能ですか。 はい[ ]

いいえ[ ] ⇒どなたが一緒に参加または介助されますか。 \_\_\_\_\_

6. 参加希望者は、足のつかないプールでの参加も可能ですか。 はい[ ]

いいえ[ ] ⇒どなたが一緒に参加または介助されますか。 \_\_\_\_\_

7. 参加希望者は、どのようにして指示を聞き取り、理解し、従うことができますか。 詳細を記入してください。

8. 参加希望者は未成年ですか。 いいえ[ ] はい[ ] ⇒未成年の場合、年齢を記入してください。 \_\_\_\_\_歳(必須)

9. 参加希望者は上記以外、他に身体的障害がありプログラム参加において何か注意すべき点は他にありますか？

いいえ[ ] はい[ ] ⇒詳細を記入してください。

10. 参加希望者はプログラムご参加の際、酸素タンク、歯列矯正金具、補聴器等、特別な医療器具を必要としていますか。

いいえ[ ] はい[ ] ⇒詳細を記入してください。