

大阪市長居障がい者スポーツセンター
平成 28 年度 スポーツ教室 申込書

*記入もれの無いようにお願いします。

教室名	はじめようスイミング①		
ふりがな			
お名前		年齢	(中・高 年)
現住所	(〒 -)		
	TEL () - FAX () -		
障がいについて	種別	肢体・視覚・聴言・内部・その他	
	程度	1・2・3・4・5・6級	
	障がい名		
(18歳未満の方の受講について) スポーツ教室を受講することを受諾します 保護者氏名 _____ 印 _____			

下記の項目に必ずお答えください。(合否には関係しません)

1) 泳力について該当するものに☑を記入してください。
水が怖い 顔をつけることができる
一人で浮くことができる 浮いて進むことができる
その他 (_____)

2) 今回の教室を受講される目的、目標を記入してください。
 例・・・一人で浮いて進めるようになりたい など
 (_____)

3) その他、障がいのことや最近の体調、注意すべき行動など、指導員に伝えておきたいことがあれば記入してください。例・・・聴覚障がいのため手話ができれば会話がスムーズ など
 (_____)

*ご記入いただいた個人情報は、本教室における関係業務に使用し、その他の目的で使用することはありません。
 *教室中に撮影した画像は、当センターの事業記録、周知ポスターなどに使用する場合があります。

受付日： _____ / _____ 、 受付者： _____