

大阪市長居障がい者スポーツセンター
平成 29 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	歳 (中・高 年)
現住所	(〒 -)		
	TEL() - FAX() -		
障がいについて	種別	肢体不自由・視覚・聴覚・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。(可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 顔を付けることができる
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

()

4) 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…長時間の入水は体力的に難しいので間に休憩を入れてほしい 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: _____