大阪市長居障がい者スポーツセンター

2019 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	水泳練習会②		
ふりがな		年　齢	歳 （ 中･高　　年）
お名前			
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 ・ 知的 ・ 精神 ・ 発達 ・ その他	
	程度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 級 / A ・ B1 ・ B2	
	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

（　　）

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: