

大阪市長居障がい者スポーツセンター

* 記入もれの無いようにお願いします。

教室名	水泳練習会①		
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	
	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

$$\left(\begin{array}{c} \text{ } \end{array} \right)$$

- 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、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ことがあります。

受付日: / 、受付者: