

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	キッズ水泳 平日クラス		
ふりがな			
お名前		年齢	歳
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		

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      顔をつけることができる  
一人で浮くことができる  
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: