

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2020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・聴言・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。(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

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: