

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		<b>水泳練習会</b>	
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・聴言・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承諾します			
		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: \_\_\_\_\_