

大阪市長居障がい者スポーツセンター  
2021年度 スポーツ教室 申込書

教室名	キッズ水泳 トビウオ		
ふりがな			
お名前	(保護者名: _____ )	年 齢	( 小学 歳 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	
	障がい名	脳性麻痺、言語機能障がいなど	
希望時間について		11:15～12:15	
		15:30～16:30	

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。

一人で浮くことができる    
浮いて進むことができる    
息継ぎなしのクロールができる  
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・・・息継ぎなしのクロールができる 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

[ \_\_\_\_\_ ]

\*新型コロナウイルス感染症の発生状況により中止となった場合は、こちらからご連絡いたします。

\*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ことがあります。

受付日: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_、受付者: \_\_\_\_\_