

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2024年度 スポーツ教室 申込書

教室名	キッズ水泳 トビウオ (1期)		
ふりがな			
お名前 (保護者名:)		年齢	歳 (小学 年)
現住所	(〒 -)		
	TEL - - FAX - -		
障がい	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	例:脳性麻痺、言語機能障がいなど	
グループ (どちらかに○)		① 15:15~16:00 (顔をつけて1人で浮くことができる)	
		② 16:15~17:00 (1人で5m以上進むことができる)	

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○をつけてください。

一人で浮くことができる (ビート板などをもって浮くことができる / 何も持たずに浮くことができる)

1人で進むことができる (ビート板あり / ビート板なし 何メートル進むことができますか? メートル)

クロールができる (息継ぎなしクロール メートル / 息継ぎありクロール メートル)

その他に泳げる種目はありますか? ()

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

[]

*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: _____