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		年　齢	歳 (小学　　年)
お名前	（保護者名：　　）		
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		① **１５：１５～１６：００**　（顔をつけて 1 人で浮くことができる）	
（どちらかに〇）		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〇をつけてください。

□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場合があります。

受付日：　　/　　、受付者：