

2025 年度 スポーツ教室 申込書

教室名	キッズ水泳 トビウオ（2期）		
ふりがな		年 齢	歳 (小学 年)
お名前	(保護者名：)		
現住所	(〒 -)		
	TEL — — FAX — —		
	E-MAIL		
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○)		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。

- [illegible]

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：