

大阪市長居障がい者スポーツセンター

2025 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	(小学 歳 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 （顔をつけて１人でキックをして進むことができる）		

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、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: