大阪市長居障がい者スポーツセンター

2026 年度 スポーツ教室
申込書

＊記入もれの無いようにお願いします。

教 室 名	**キッズ水泳 トビウオ(1 期)**		
ふりがな		年 齢	歳 (中･高 年)
お 名 前	(保護者名:)		
現 住 所	(〒 －)		
	電 話 :( ) － ファックス :( ) － メ ー ル :		
障がい種別	□肢体 □視覚 □聴言 □内部 □知的 □精神 □その他(発達等)		
障がい名	記入例:自閉症 等		
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。

1) 泳力について該当するものに○をつけてください。

□1 人で浮くことができる (ビート板などを持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 (息つぎなしクロール 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:息つぎなしのクロールができるなど

[ ]

3)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: