

大阪市長居障がい者スポーツセンター
2021年度 スポーツ教室 申込書

教室名	キッズ水泳 トビウオ		
ふりがな			
お名前	(保護者名:)	年 齢	(小学 歳 年)
現住所	(〒 -)		
	TEL - - FAX - -		
障がいについて	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	脳性麻痺、言語機能障がいなど	
希望時間について		11:15～12:15	
		15:30～16:30	

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☑を記入してください。

一人で浮くことができる
浮いて進むことができる
息継ぎなしのクロールができる
その他 ()

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
 []

- *新型コロナウイルス感染症の発生状況により中止となった場合は、こちらからご連絡いたします。
- *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: _____