

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 (2期)                  |                          |  |
| ふりがな             |                                  |                          |  |
| お名前<br>(保護者名: )  | 年齢                               | 歳<br>(小学 年)              |  |
| 現住所              | (〒 - )                           |                          |  |
|                  | TEL — — FAX — —                  |                          |  |
| 障がい              | 種別                               | 肢体・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<br>(どちらかに○) | ① 15:15~16:00 (顔をつけて1人で浮くことができる) |                          |  |
|                  | 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。

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、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される場合があります。

受付日:          /          、受付者: \_\_\_\_\_