

FAX 086-235-4088

障害者スポーツ教室 参加申込書（各競技共通）

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		年齢	才	男・女
氏名		電話	-	-
住所	〒			
参加種目		参加日	月	日
参加歴	陸上競技教室 (あり・なし)	H・R	年	月 参加
	水泳教室 (あり・なし)	H・R	年	月 参加
	教室名	H・R	年	月 参加
		H・R	年	月 参加
障害区分	肢・視・聴・知・精・その他 ()			
陸上教室に参加される方は種目を選んでください (走技・跳躍・投てき)				
水泳教室に参加される方は泳力を教えてください				
浮き具なしで10m以上泳げる (はい・いいえ)				
他の疾患はありますか (あり・なし)				
疾患名				
医師による運動の制限はありますか (あり・なし)				
制限内容				
過去に運動中に異常がありましたか (あり・なし)				
症 状				
緊急連絡先 (当日引率される方もご記入ください)				
フリガナ		ご関係		
氏名		電話	-	-
住所	〒			
救急時の指定病院 (主治医のいる病院)				病院
水泳教室にはじめて参加される方は裏面のご記入をお願いします				

水泳教室にはじめて参加される方へ

指導の参考にさせていただきますのでご記入ください

1. 参加にあたっての目標、または参加の目的
2. 教室で指導を受けたい具体的な内容
3. 性格、行動、健康面で気をつけてもらいたいこと
(保護者、介助者の方ご記入ください)
4. その他 (ご意見、ご希望がありましたらご記入ください)