

身体障害児 チャレンジ スイミングⅠ



対 象 水慣れ、伏し浮き、バタ足など、
水泳の基礎練習を希望する



小学生以下の身体障害児 及び 介護者1名

定 員 3組6名

日 程 ①7/25 (金) ②8/1 (金) ③8/8 (金) ④8/22(金)
13時30分～14時30分

参加費 1,200円 (初回受付時に徴収します)

申 込 別紙申込用紙にご記入の上、下記までお申し込み下さい。

申込締切 7月11日 (金)

<問い合わせ> **ふれあいスポーツ交流館**

TEL 0791-58-1313

FAX 0791-58-1323

令和7年度 ふれあいスポーツ交流館 スポーツ教室 申込書

教室名	チャレンジスイミング I	初めて参加 ・ 2回目以上
-----	--------------	---------------

ふりがな 受講者氏名			性別 男 ・ 女	年齢 歳 (学年 年)
付添者	なし ・ あり (氏名) * 本人との関係 ()			
住所・連絡先	〒 ()			
	TEL ()		FAX ()	
身体障害		知的障害	精神障害	その他の障害
肢体・視覚・聴覚・内部 級		A・B1・B2	1 ・ 2 ・ 3 級	
障害名 (手帳記載の障害名)				
車いす使用	有り ・ 無し	その他装具の使用があれば ()		
持病	高血圧 ・ 糖尿病 ・ てんかん ・ その他 ()			
服薬の有無	有り ・ 無し 薬名 ()			
<p>【指導員に伝えたいこと・泳力などについてご記入下さい】</p> <p>〈泳力について〉 当てはまるものに○をつけてください</p> <ul style="list-style-type: none"> ・水がこわい ・怖がらずに歩行できる ・顔付けができる ・浮くことができる ・浮いて進むことができる ・10m以上浮いて進むことができる ・息継ができる <p>【指導員に伝えたいこと】</p>				

※ ご記入いただいた個人情報は、本スポーツ事業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。

職員記入欄

※受付日 R 年 月 日	受付番号
※受付者氏名 ()	