

新潟県障害者交流センター スポーツ活動支援事業

陸上競技ワンポイント教室 参加申込書

申込日 平成 年 月 日			
フリガナ			
氏名			
住所	〒		
	TEL	FAX	
年齢	歳	性別	男・女
障害名	<input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B級 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> その他()		
緊急連絡先	氏名	TEL	
介助者・支援者	参加・不参加・見学	氏名	
やりたい種目 (例:走り幅跳び など)			
保護者の同意 (未成年者の場合)	上記の者がこの教室に申し込むことに同意します。 保護者氏名 _____ 印		
備考			

より良い教室にしていくために、下記の質問の回答にご協力をお願いします。

運動経験	1. 陸上競技の経験について ① はじめて ②競技経験あり
健康状態	2. 過去1年以内に大きな病気・ケガをしたことはありますか ①ない ②ある → いつ頃? () 病名・怪我の名称()
	3. てんかんなどの発作はありますか ①ない ②ある → 最近発作があったのはいつですか? (平成 年 月頃)
その他	4. 教室に参加する上で、体調面など配慮すべき点がある方はご記入下さい

※ご記入いただいた個人情報につきましては、教室の目的以外には使用致しません。
 また、教室中に撮影した写真は広報等に使用させて頂く場合がございます。
 あらかじめご了承下さい。