

平成25年度 ジュニアスポーツ体験(知的障害の部)教室申込書

受付日 月 日

利用証No.		利用証未発行者 来館予定日	月 日	申込受付 者	
氏名				年齢	
住所	〒				
障害名	TEL			(知的)	度
	日常で使用している 補装具に○を お願いします。	車いす・電動車いす・杖 ・ 下肢装具 ・ なし ・ その他()		障害等級 (身体)	種 級
保護者の方のみご記入お願いします。					
上記の者がセンター主催「ジュニアスポーツ体験」教室に参加することに同意します。					
保護者氏名					印
都内在住以外の方のみご記入お願いします。					
学校名					
下記の確認事項にお答えをお願いします。					
④ 医師からの運動制限の有無		有		無	
⑤ 服薬の有無		有		無 []	
⑥ 当教室の受講経験		有		無	
⑦ 教室への要望		[]			
アンケートにご協力お願いします。					
① スポーツ(運動)経験の有無		有		無	
② 以下は①が有の方のみ 行ったことがあるスポーツ(運動)		[]			
③ 得意なスポーツ(運動)はありますか?		[]			

※ 当センター受付窓口へ直接、またはFAXにてお申し込みください。
 ※ 上記個人情報、当教室に関する目的にのみ使用させていただきます。