

平成27年度 親子スポーツ体験（知的障害の部）教室申込書

※ 親子スポーツ体験教室は、原則親子での申込みとなりますので予めご注意ください

		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	参加者氏名	同伴者氏名	年齢		
住所	〒				
	TEL				
障害名	手帳に記載されている障害名をご記入下さい		障害等級	(知的)	(精神)
				度	級
	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()		(身体)	種 級
保護者の方のみご記入お願いします。					
センター主催「親子スポーツ体験」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。					
① 医師からの運動制限の有無		有 ・ 無			
② 運動時の注意事項 (てんかん発作や転倒など)		[]			
③ 服薬の有無		有 ・ 無 []			
④ 当教室の受講経験		有 ・ 無			
⑤ 教室への要望		[]			
☆お子様の様子をお聞かせください☆					
★ 得意なスポーツ(運動)		[]			
★ お子様の特徴 (音楽が好き・・・団体行動が苦手・・・など)		[]			
★ 親子で行ったことのあるスポーツ(運動)		[]			

※ 当センター受付窓口へ直接、郵送またはFAXにてお申し込みください。

※ 上記個人情報は、当教室に関する目的にのみ使用させていただきます。