



サッカー体験教室

申込用紙

参加希望日に○印をつけてください（1回の参加もOK！）			
会 場	すばーく小諸		
日 程	参 加 希望日	8/24（日）・9/13（土）・9/28（日）10/5（日）・10/12（日）	
フリガナ		年 齢	性 別
氏 名		歳	
保 護 者	※18歳未満の方は、保護者の記名捺印をお願いします。 上記の者の参加を承諾します。 保護者氏名 印		
住 所	〒 —		
TEL・ 携帯	*連絡の取りやすい番号をご記入ください	連絡用 メール	
障がい名	※障害者手帳記載事項は必ず記入してください。		A1 ・ A2 B1 ・ B2
	1.（医師等からの）運動制限をうけていますか？ 【 ある ・ ない 】 2. 現在、服薬はありますか？ 【 ある ・ ない 】 ※心身の状況について、特記する事項があれば記入してください。 【例：てんかん発作の有無、感覚過敏、重複障がいなど】		
家族・ 介助者等	家族・介助者等(障がいのない方)の参加 【 あり ・ なし 】		参加予定人数 名
備 考	※「障害者手帳」とは、身体障害者手帳、療育手帳、精神保健福祉手帳をさします。 ※郵送、FAX、メールで送付された方は、必ず「サンスポート佐久」まで到着の確認をしてください。 ※本個人情報、教室運営のために記載していただくものであり、他には使用いたしません。		
	別紙「サンスポート佐久 スポーツ事業 誓約書」の項目を確認・同意します。 ※左の枠内に○印をつけてください。		

※職員記入欄

受付日	年 月 日	対応職員	
備考	【 健康チェック票 ・ 誓約書 ・ 確認事項 】		