http://w1.avis.ne.jp/~sunsaku/clip_image0021.jpg



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 参加希望日に○印をつけてください（１回の参加もＯＫ！） | | | | | | | | |
| 会　場 | すぱーく小諸 | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |
| 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。  ※本個人情報は、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。**  **※左の枠内に〇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　】 | | | |