



|  |
| --- |
| 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　・　Ａ２Ｂ１　・　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　】 |