

受付年月日

令和 年 月 日

フリガナ		参加クラス (○を付けて下さい)	キッズ・ジュニア
参加者氏名			
生年月日	平成 年 月 日 歳	学年	年少・年中・年長 小学 年生
住 所	〒 —		
電話番号	() —	保護者氏名	
緊急連絡先 (繋がりやすいもの)	() —	父・母・その他 ()	

※緊急連絡先は原則として日中でも必ず繋がる電話番号をご記入ください。

※いただいた個人情報は、当公園の案内以外には利用いたしません。

※教室開催中に写真・ビデオを撮影させていただく場合があります。撮影した画像・映像は、当公園の広報や案内以外には利用いたしません。

泳力調査 (該当箇所にチェックをつけてください)

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 水がこわい | <input type="checkbox"/> シャワーを嫌がる | <input type="checkbox"/> 髪を洗うのが嫌い |
| <input type="checkbox"/> 顔つけができない | <input type="checkbox"/> 顔つけができる | <input type="checkbox"/> 親から離れると泣く |
| <input type="checkbox"/> 浮くことができる | <input type="checkbox"/> バタ足で7~10m | <input type="checkbox"/> クロールで7~10m |
| <input type="checkbox"/> 背泳ぎ m | <input type="checkbox"/> 平泳ぎ m | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |

参加にあたり、伝えておきたいことがあればご記入ください。

誓 約 書

私は、貴教室に参加するにあたり、規約遵守及び当施設利用規則を遵守し、教室内ではコーチの指示に従い、エチケット及びマナーを守り、第三者に迷惑をかけないように配慮します。

また、自己の健康状態には十分注意し、教室中に起きた本人固有の疾病に基づく事故、及び本人の責に帰する障害等、盗難、その他不慮の事故においては、一切貴教室及び施設管理者に責任を及ぼさないことを誓います。

参加者氏名

印

保護者氏名

印

健康状態について

本教室に参加できる方は、スポーツを行うのに適した健康状態である者とし、心臓疾患、高血圧症、脳血管疾患、てんかん、重度の筋・骨・関節疾患、重症の皮膚病、精神神経疾患、その他伝染性疾患などの前歴のある方、現在治療されている方、あるいは健康に自信のない方は、医師の診断を受けてください。

なお、必要により医師の診断書をお願いすることがあります。

上記内容を確認いたしました。

氏名

印