障がい児親子水泳教室

＊継続の方は太枠の中を記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童 | ふりがな\* |  | 生年月日 |
| 氏　名\* |  | 年　　月　　日 |
| 保護者 | ふりがな\* |  | 生年月日 |
| 氏　名\* |  | 年　　月　　日 |
| 電話番号\*（どちらかでよい） | 固定（　　　　　）　　　　　　―携帯（　　　　　）　　　　　　―**※教室開催に関する急な連絡は、電話でいたします。** |
| 学校名(園名) | 学校　　（園）　 | 年生　(才児) |
| 住所 | 小松市　　　　　町 |
| 障がいの種類 | **※指導内容・声かけの参考にさせていただきます。** |

**誓　 約　 書**

 **公益社団法人 小松市スポーツ協会 会長　殿**

私は、障がい児親子水泳教室に参加するに際し、健康に充分注意し怪我や事故等が起きても保険の範囲内で対処し、主催者に対して一切ご迷惑をかけません。教室参加には安全第一とし、自分のペースで無理せず健康は自分で守ります。申込書の署名をもって、承諾いたします。

　　\*令和　　年　 　月　 　日