

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