

# アブロス沼ノ端スポーツセンターこども水泳教室受講申込書

NO. \_\_\_\_\_

受講コース【ベビー】	
【幼児：週1】 / 【キッズ：週1】	
<	曜日 / 時間 : ~ >

フリガナ			性別			
受講者氏名			男・女			
生年月日	平成/令和	年	月	日	年齢	歳
保護者氏名			フリガナ			
			□座名義人			
住所	〒 -					
電話番号	自宅	緊急連絡先				
保護者アドレス	※スクールに関する情報を配信する為、LINEのご登録にご協力をお願いします。					
幼稚園・保育園・学校名		学年	年少・年中・年長 年生			

## ※健康状態（今までにかかった病気、または現在治療中の病気など該当するものに○をつけて下さい。）

- ①先天性心臓疾患 ②気管支喘息 ③結膜炎 ④慢性気管支炎 ⑤てんかん ⑥角膜炎  
⑦内・中・外耳炎 ⑧肺炎 ⑨伝染病（ ） ⑩精神病（ ）  
⑪上記以外の慢性持病（ ）  
⑫その他（ ）  
⑬心配な事があればご記入下さい（ ）

## ※水泳歴・泳力（該当するものに○をつけて下さい。複数可）

- ①水が怖い ②全然泳げない ③顔つけ、もぐれる ④浮く程度 ⑤ビート板キック  
⑥呼吸なしクロール（ mくらい） ⑦呼吸ありクロール（ mくらい）  
⑧クロール25m以上 ⑨背泳ぎ25m以上 ⑩平泳ぎ25m以上 ⑪バタフライ25m以上  
⑫4種目すべて25m以上  
⑬苦小牧スコールで習っていた（ 認定級 級 ）  
⑭その他（ ）  
⑮過去の短期教室参加 あり・なし 日新 / 沼ノ端（平成 年 春・夏・冬 級認定）  
【※ 該当するところに○をつけて下さい。】

## 保護者受諾書

- アブロス沼ノ端スポーツセンターのこども水泳教室の申込み後は貴水泳教室の注意事項を守り、水泳教室中は指導員・職員の指示に従います。
- 水泳教室の練習において先天性心臓病及び、心臓疾患等による不可抗力的な事故の責任は一切貴施設に迷惑をかけない事を誓約致します。尚、現在の健康状態に偽りはありません。
- 受講料を2ヵ月以上滞納した場合、翌月から水泳教室に通う事が出来なくなっても異議はありません。

令和 年 月 日

保護者氏名

⑩

施設記入欄
受講月
令和 年
月開始
キャップサイズ
CHECK!!
販売したサイズにO
M・L・LL
フィックス
CHECK!!
<input type="checkbox"/>
緊急連絡先
CHECK!!
<input type="checkbox"/>

コーチ伝達
<input checked="" type="checkbox"/>

級入力
/ ⑩

バイジー入力
/ ⑩

伝票番号
□座OA入力
請求担当者
/ ⑩

OA入力
/ ⑩

受付日
/

受付担当者
⑩