

「サッカー体験教室(個人)」申込用紙

申込年月日	2025年 月 日
-------	-----------

参加者情報	
氏名	ふりがな
希望教室に○をつけてください	① 14:00-14:40 (小学生の部) () ② 15:00-15:40 (中学生以上の部) ()
ラポール 利用者番号	利用者カードをお持ちの方はご記入ください
性別	男 ・ 女
生年月日	(西暦) 年 月 日 (歳)
電話番号 メールアドレス	電話番号 : メール :
住所	〒
障害名	
障害者手帳の有無	知的(B2 B1 A2 A1) 精神(級) 手帳なし※ ※「手帳がなし」を選択した方で以下の証明書がある方は○をつけてください (受給者証・リハセンター又は療育センター利用証明書・特別支援教育在籍証明書)
合併症	①てんかん: 無 ・ 有 (発作頻度: 直近の発作時期:) ②その他の合併症 ()
運動をするうえでの 留意点・禁忌	無 ・ 有(内容:)
介助者の人数	大人()名 ・ こども()名 ※グラウンド内に入ることは可能ですが、教室への参加はできません。

*この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。