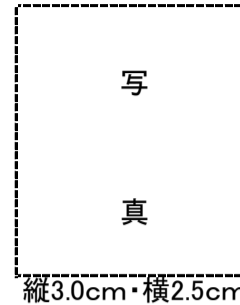


責任者	事務員	受付員

NO. _____

コース名 _____

ふれーゆこどもスイミング 入会申込書



入会日	西暦	年	月	日
私はこのたび、ふれーゆこどもスイミングに入会申し込み致します。 尚、入会後は会則を守り、水泳練習中は指導員の指示に従うことを誓います。				
横浜市高齢者保養研修施設ふれーゆ 殿				
入会者氏名 _____				
上記の者、このたび、貴スイミングに入会いたしたく、保護者同意の上入会申し込み致します。 尚、本人の健康状態に関しては、後記誓約書及び健康診断チェックを正確に記入したことを 証し、保護者の責任において練習に参加させることを同意致します。				
保護者氏名 _____				

入会者本人

ふりがな		西暦 20	年	月	日生	男・女
氏名						才
住所	〒					
電話番号	—	—	緊急連絡先	—	—	/氏名
水泳歴					学年 年齢区分	※スイミングを始める時点の学年を記入して下さい。 幼児・小学()年生
希望コース	水・木・金・土			曜日	時30分～	

月会費	月分	5,500円(税込)	スイムノート	510円(税込)
スイミングキャップ 620円(税込)は 初回練習後に1階受付でご購入をお願いします			合計	6,010円(税込)

受付員(記入確認)→コピー(申込者)→事務所員(原本確認)→管理責任者(承認)→事務所員(保管)

健康診断チェック

1. 今まで定期健康診断(母子手帳・学校等)で異常又は再診を指示されたことがありますか？

有 ・ 無

有の場合

(項目 :
病状等 :)

)

2. 過去に学校水泳参加が許可されなかったことがありますか？

有 ・ 無

有の場合

(理由 :)

)

3. 下記の病気にかかったことがありますか？

- ①心臓病 ②結核性疾患 ③気管支喘息 ④腎臓病 ⑤高血圧病
⑥癲癇(てんかん) ⑦ひきつけ ⑧その他()

注意：健康診断チェックの結果によっては参加できない場合があります。

泳力チェック

該当する番号全てに○をして下さい。

- ①ふれーゆで定期教室に参加していた ②初めてスイミングに参加する ③顔付けができる
④頭までもぐれる ⑤けのびができる ⑥水中ジャンプができる ⑦バタ足ができる
⑧息継ぎなしのクロールができる ⑨呼吸付クロールが泳げる(M)
⑩その他の泳法ができる(泳法 M)
⑪不明

※ ①に○を付けた方で分かる方は、A～Kの泳力をご記入下さい。→ ()

誓約書

横浜市高齢者保養研修施設ふれーゆ 御中

私 儀
貴スイミングの練習中において、先天性心臓病及び心臓疾患等を原因とする事故及び、
貴スイミングの規則、指導等に違反したことを原因とした事故が発生した場合は自己の
責任において処理することを署名のうえ誓約致します。

西暦 年 月 日

入会者氏名 _____

保護者氏名 _____

■個人情報の取扱いについて

1. 当施設において、個人情報の取得、利用、提供、保管を行いますが、その実施にあたっては個人情報保護法、その他、個人情報保護に関する指針、条例等に沿って適切に行うものとします。

2. 記入いただいた個人情報は、ご本人の同意がない限り第三者には提供いたしません。