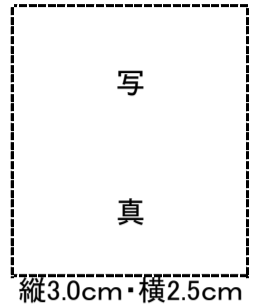


責任者	事務員	受付員

NO. _____

コース 週 1 曜日

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。 初回練習希望日 西暦 年 月 日(曜日)
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。
希望コース	週 1 水・木・金・土 曜日 時 30分 ~		

月 会 費 月分	5,400円(税込) ※2019年4月現在	スイムノート	500円(税込)
		スイミングキャップ	600円(税込)
		合 計	円

受付員(記入確認)→事務所員(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)

※ ①に○を付けた方で分かる方は、A～L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 _____