

冬の短期水泳教室 受講申込書

| 申込コース | 日 程 | 時 間 |
|----------------------------------|---------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> 第1次 221 | 12月22日(水)~24日(金)3日間 | 初級13:00~13:55 |
| <input type="checkbox"/> 第2次 222 | 1月 6日(木)~7日(金)2日間 | 中上13:00~14:00 |

(会員No.)

受付日
202 / /

※申込みをされる欄にチェック して下さい。 受講料:第1次 7,700円(税込)
第2次 5,500円(税込)

対象:3才~小学6年生

| | | | |
|-------------------|--|-------|--------------|
| フリガナ | | | |
| 氏 名 | | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 生 年 月 日 | 平成 年 月 日 生 才 | 身 長 | ※90cm以上必須 cm |
| 電 話 番 号 | TEL () | 視 力 | 左 右 |
| 住 所 | 〒 区・市 | | |
| 保 護 者 名 | | 緊急連絡先 | TEL () |
| 学校・幼稚園 | | 学 年 | |
| 受 講 理 由 (複数も可) | ①広告を見て ②友人の紹介 ③以前に参加 ④インターネットを見て ⑥ポスターを見て ⑨その他() | | |

※ 初級クラスではゴーグルを使用できません。予めご了承下さい。

以下のアンケート全てにお答え下さい

- プールに入ったことがある。(はい・いいえ)
- 現在、他スイミングクラブで練習中である。もしくは以前に習っていた。(はい [クラブ名:] ・ いいえ)
- ゴーグルを使用して練習していた。(はい・いいえ)
- 当クラブの教室(短期含む)に参加した事がある。(はい・いいえ)
以前にご参加頂いた教室の時期は?(平成 年【春・夏】の短期教室)
以前にご参加頂いた際の帽子とリボンは何色でしたか?(帽子 色・リボン 色)

以下、全ての項目についてチェックして下さい(はい→○、いいえ→×、練習中→△)

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 顔を水につけることができる |
| <input type="checkbox"/> | 頭までもぐることができる |
| <input type="checkbox"/> | ビート板、ヘルパーなしで一人で浮くことができる |
| <input type="checkbox"/> | ビート板、ヘルパーなしで一人で壁をけり浮くことができる |
| <input type="checkbox"/> | ビート板、ヘルパーなしでパタ足で5m泳げる |
| <input type="checkbox"/> | 面かぶり(呼吸なし)クロールで5m泳げる |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸つきクロールで10m泳げる |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸つきクロールで15m泳げる |
| <input type="checkbox"/> | 呼吸つきクロールで25m泳げる |

左表以上の泳力をお持ちの場合は下記にご記入下さい

コーチに伝えておきたい点がありましたら下記にご記入下さい

※ 3才~小学6年生までのお子様のご参加いただけます。

※ 初級クラスではゴーグルを使用できません。

※ 本申込書にご記載頂いた個人情報につきましては短期水泳教室における本人確認
会員証・練習カード・修了証の発行及び緊急時のご連絡にのみを使用致します。



| | |
|----|-----|
| 入力 | 受領印 |
| | |

東京スイミングセンター 健康申告書(短期教室用)

健康に関する申告書です。これからのお子様の水泳レッスンを安全かつ有意義にご指導させて頂く為、正確にお答え下さい。
必要に応じて医師の診断書をご提出願う場合がございます。

1・循環器系(心臓・肺など)の病気でお尋ねします。

a 現在通院治療中である b 以前かかったことがある c ない

a b の方は、どのような病気か具体的にお書き下さい。

2・これまでに医師から運動を止められたことはありますか？

a ある b ない

aの方は、止められた理由を具体的にお書き下さい。

3・視力についてお尋ねします。

a メガネ・コンタクトは使用されていますか？

a はい b いいえ

aの方は、視力はいくつですか？

右 : 左 :

4・現在、服用している薬はありますか？

a ある b ない

aの方は、どんな病気で・どんな薬か具体的にお書き下さい。

5・上記の質問の他に申告する病気(精神的・伝染などを含む)はありますか？

a ある b ない

aの方は、どんな病気で・どんな症状か具体的にお書き下さい。

東京スイミングセンター水泳教室の入会にあたり、健康申告書記入事項に相違ございません。また日頃の健康管理の維持に留意し、教室開催中におきた会員の瑕疵による事故の責任は全て自らが負い東京スイミングセンターには一切迷惑を掛けないことを誓約致します。

ご記入日: 年 月 日

署 名 会員氏名

保護者

NO

印

| |
|--|
| |
| |