

夏のチャレンジスイミング 受講申込書(2024年)

※太枠の必要事項をご記入願います。

受講期間	1年生以上(泳力別クラス編成)	4歳～年長(年齢・泳力別クラス編成)
Ⅰ期 7月13日(土)～15日(月)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～クロール・背泳習得)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～キック練習)
	9:30 ～ 10:30 (水慣れ～クロール・背泳習得)	9:30 ～ 10:30 (水慣れ～キック練習)
	11:00 ～ 12:00 (水慣れ～4種目)	11:00 ～ 12:00 (水慣れ～キック練習)
Ⅱ期 8月3日(土)～4日(日)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～クロール・背泳習得)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～キック練習)
Ⅲ期 8月10日(土)～12日(月)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～クロール・背泳習得)	8:00 ～ 9:00 (水慣れ～キック練習)

※上記のご希望の期間、受講時間に○印をつけてください

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏名		男・女	西暦20 年 月 日	歳
学校名		保護者名		
住所	〒 -	TEL ()	-	
E-mail	※キャンペーン・短期教室等のご案内をさせて頂く事があります			

申込み経路	ライナー ・ チラシ ・ HP ・ 紹介 ・ 情報誌 ・ その他 () 現会員(曜日 : ～ クラス 番) ※現会員の方は曜日、コースをご記入ください。			
-------	---	--	--	--

緊急連絡先	氏名	勤務先など	電話	続柄

泳力	①水が怖い ②水に顔付が出来る ③潜れる ④浮ける(伏し浮き・背浮き) ⑤板キック12.5m以上 ⑦面クロール _____ m ⑧クロール _____ m ⑨背泳ぎ _____ m ⑩平泳ぎ _____ m ⑪バタフライ _____ m ⑫どこかの教室で習っていた・いる/施設名 _____ (年 月) ⑬当短期受講(年春・GW・夏・冬) ⑭以前会員(最終クラス 番)			
----	--	--	--	--

健康調査書

既往歴	結核性疾患 ・ リウマチ ・ 気管支喘息 ・ 肺炎 ・ ジフテリア ひきつけ ・ てんかん ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 眼病 ・ 耳鼻科疾患 皮膚病 ・ 高血圧 ・ 高血糖 ・ 脂質異常症 ・ 糖尿病 ・ その他()			
該当する場合丸で困ってください				
その他特記事項				

誓約書

私は当施設にて実施される「短期水泳教室」を受講させるにあたり、館内ルール及び指導員の指示を遵守する事をここに誓います。
なお、これら宣誓に違反した場合には一切の異議申し立てを行いません。

2024 年 月 日 保護者氏名

続柄

【 個人情報の取り扱いについて 】 ご記載いただいた個人情報は、施設での受講管理及び受講者への連絡以外に利用したり第三者に当該情報を提供したりする事はいたしません。

確定H及び級	担当者	連絡及び特記事項	暫定H	入金・備考	受付
H ・ 級			H		