

チャレンジスポーツ

～クラブ活動に参加しスポーツにチャレンジ！～
共催：ソフトラクロスインドア同好会

センタークラブのクラブ活動(種目:ソフトラクロス)に参加してみませんか。
一人よりも仲間と一緒にスポーツを楽しみたい方、今後のスポーツセンター利用のため
のきっかけ作り、仲間作りをしてみませんか。是非、ご参加ください。

日時 平成31年1月14日(月曜日・祝日) 13:00～15:00
場所 東京都障害者総合スポーツセンター 体育館

対象 障害児者(特にこれから運動を始める方・運動経験や習慣が少ない方)
※介護が必要な方は、介護者同伴でお越しください。

参加する場合にはセンター利用証が必要となります。利用証をお持ちでない方は、障害者手帳をご持参のうえ、利用証の発行手続きを行ってください。尚、利用証発行にはお時間がかかりますので、事前の発行をお願い致します。

定員 5名
※申し込みが多数の場合には、抽選を行います。

申込期間 平成30年12月3日(月)～12月24日(月・祝)

申込方法 別紙の申し込み用紙に必要事項を記入し、郵送かファックス又は来館にてお申し込みください。申し込み多数の場合には、東京都在住・在勤・在学の方を優先とし抽選にて決定致します。受講可否については、はがきにてご連絡致します。決定通知到着は、開催日2週間前を予定しております。

申込先 〒114-0033 東京都北区十条台1-2-2
東京都障害者総合スポーツセンター 教室担当宛
TEL: 03-3907-5631 FAX: 03-3907-5613

「チャレンジスポーツ(ソフトラクロス)」受講申込書 H30

| | | | | |
|------------------|--|-----|----|----|
| 利用証 No. | 受付日 月 日 受付者 | | | |
| ふりがな 氏名 | 男 女 才 | 障害名 | 等級 | 種級 |
| 住所 | 〒 — TEL/FAX () | | | |
| 保護者の同意 | 上記の者が、この教室に申し込むことを同意します。 ※申込者が中学生以下の場合は、保護者の同意が必要になります。 保護者氏名 _____ 印 | | | |
| 右記の項目についてお答えください | <p>該当する箇所を○で囲み、また{ }内にご記入ください。</p> <p>① 1時間以上の運動を週に3日以上行っていますか。 1. はい 2. いいえ</p> <p>② スポーツセンターの利用頻度はどの程度ですか。 1. 利用経験がなく、運動相談を受けたことが無い 2. 利用経験はないが、運動相談は受けたことがある 3. 日常的に利用している</p> <p>③ 医師からの運動制限はありますか。(血圧・脈拍・関節の脱臼など) 1. はい 2. いいえ 「はい」の方はその内容{ }</p> <p>④ 薬は服用していますか。 1. はい 2. いいえ 「はい」の方はその内容{ }</p> <p>⑤ 障害者手帳の記載以外の既往歴はありますか。該当するもの全てを○で囲んでください。 高血圧 脳卒中 糖尿病 高脂血症 骨粗鬆症 貧血 心筋梗塞 狭心症 心不全 不整脈 その他{ }</p> <p>⑥ 受傷後どれくらいの期間が経っていますか。 1. 3ヶ月以内 2. 3~6ヶ月 3. 6~12ヶ月 4. 1~3年 5. 3年以上</p> <p>⑦ 手足の麻痺以外に運動障害はありますか。該当するもの全てを○で囲んでください。 1. しびれや痛み 2. 言語 3. 視覚 4. 聴覚 5. 高次脳機能障害 6. その他{ }</p> <p>⑧ 車いすはどの程度使用していますか。 1. 車いすを使用している→ (常に使用している ・ 外出時のみ使用している) 2. 車いすは使用していない</p> <p>⑨ 補装具等は使用していますか。該当するもの全てを○で囲んでください。 1. 下肢装具 2. 杖 3. 歩行器 4. その他{ }</p> <p>⑩ 歩行はできますか。 1. ひとりでも安心してできる 2. 付き添いや手すりなどがあれば安心してできる 3. できない</p> <p>⑪ 身体的に配慮が必要な方は、その内容をご記入ください。 (_____)</p> | | | |

※お預かりした個人情報は、本教室運営に必要な目的以外には使用致しません。