令和6年度　ジュニア水泳・アーティスティックスイミング・飛込・水球プログラム

申込書

申込日[　　月　　日]　(受付担当)

ご希望の教室に ☑を付けて下さい。なお、ジュニア水泳は受講曜日に〇を付けてください。

ジュニア水泳	□幼児・児童 (年少～小2) 16：15～17：15	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	(受付番号)
	□児童 (小1～小6) 17：30～18：30	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	(受付番号)
土曜プログラム	□アーティスティックスイミング教室(年少～中3)			（土曜日　13：00～14：30）		(受付番号)
	□飛込教室(小1～小6)			（土曜日　13：30～15：00）		(受付番号)
	□水球教室(小1～中3)			（土曜日　17：00～19：00）		(受付番号)

ふりがな		性別
受講者氏名		
住所	〒　　-　　※住所が福岡県の場合は、市町村からご記入ください。	
生年月日	平成・令和　　年　　月　　日生 **※学年は令和6年4月時点の新学年でご記入ください。**	幼　児：年少・年中・年長 小学校：＿＿＿年生 中学校：＿＿＿年生
電話番号 ※携帯電話と緊急連絡先が同じ場合は同上に〇をつけてください。	携帯電話：　　-　　-　　(続柄：　　)　　自宅：　　-　　-	
	緊急連絡先：　　-　　-　　(続柄：　　)・同上	休講時の連絡手段：LINE / 電話 LINE登録を推奨します

該当箇所に ☑を付けてください。

この教室をお知りになったきっかけ	□知人から聞いて　□ふくおかスポネットを見て　□新聞折込チラシを見て □館内ポスター・チラシ　□LINEを見て　□Instagramを見て　□YouTubeを見て □講師からの紹介　□体験教室を受講して　□その他（　　）
スクール経験	□新規入会　□継続（令和5年度受講）　□以前
その他スイミングスクール経験について	□あり　□なし　(スクール名：　　) ※他スクールからの紹介状がありましたら、ご提出ください。
選手・育成コースについて	□興味がある　□興味がない ※県大会・九州大会出場等への出場を目標としたコースで、選手コースは週６回、育成コースは週４回実施しています。 入会には選手・育成コース講師の推薦が必要です。
泳力	□水に恐怖心がある　□水中で開眼できる　□顔つけができる（後頭部まで） □浮くことができる　□バタ足ができる　□クロール２５m泳げる □その他（　　）

※裏面も必ずご記入ください。

アクシオンスクール問診票

プログラム運営の参考にしますので、以下の質問にお答えください。該当箇所に〇をつけてください。

１．既往症について（いずれかに ○ を付けてください。）

ア　特になし　　イ　現在治療中の病気や怪我 もしくは 過去にかかった病気や怪我がある

※現在治療中の病気や怪我 もしくは 過去にかかった病気や怪我について、必ず記入してください。

疾 患 名	完 治	治療中	手術部位
	年前	年前～	
	年前	年前～	
【その他】			

２．特別な配慮や支援について（いずれかに ○ を付けてください。）

※ 「身体障害者手帳」「精神障害者保健福祉手帳」「療育手帳」などをお持ちの方は、ご記入ください。

ア　特になし　　イ　あり　（別紙調査書にご記入いただきます）

□配布　□回収(係記入)

３．写真・動画の広報への活用について（いずれかに ○ を付けてください。）

※ 撮影させていただいた写真・動画については、アクシオンスクールの広報（SNS等）用データとして活用します。

ア　撮影に協力可能　　イ　撮影への協力はできない

誓 約 書

私は、令和6年度アクシオンスクールを受講するに際し、この書面の記載内容、自己の健康状態を相違なく申告します。また、受講期間は私の責任において健康を自己管理し、良好な健康状態でアクシオンスクールを受講します。

令和　　年　　月　　日　　受講者氏名〈自署〉

※受講者が未成年者（満１８歳未満）の場合は、以下に保護者の記名をお願いします。

令和6年度アクシオンスクールを受講するに際し、この書面の記載内容、受講者の健康状態を相違なく申告します。また、受講期間は私の責任において受講者の健康を管理し、良好な健康状態でアクシオンスクールを受講させます。

令和　　年　　月　　日　　保護者氏名〈自署〉

※ ご提供いただいた情報については、個人情報の保護の観点から、目的以外には使用せず、厳重に管理いたします。