

令和7年度 ジュニア水泳・アーティスティックスイミング教室・飛込教室・水球教室プログラム 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○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 17:00～18:30)		(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	幼 児：年少・年中・年長 平成・令和 年 月 日生 小学校：_____年生 ※学年は令和7年4月時点の新学年でご記入ください。 中学校：_____年生			
電話番号	携帯電話： - - (続柄：) ※携帯電話と緊急連絡先が同じ場合は 同上に○をつけてください。			
	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6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Aは週4回、育成コースBは週2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。

アクションスクール問診票

プログラム運営の参考としますので、以下の質問にお答えください。該当箇所に○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、アクションスクールの広報（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7年度アクショ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ョ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7年度アクショ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ョ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。