

障害者スポーツデーVol. 1

車いすバスケットボール教室

&

スポーツ車いす体験会

【目的】 障害の有無に関わらず、市民にさまざまな障害者スポーツを体験してもらうことにより、市民に障害者スポーツを知ってもらうとともに、開催地域や市民の中に障害者スポーツが根付いていく事を目的として開催します。

【主催】 川崎市、川崎市障害者スポーツ協会
【後援】 公益財団法人川崎市身体障害者協会
【協力】 とどろきアリーナ
川崎 Wheelchair Sports Club

誰でも参加OKです♪
※車いすバスケット教室は申し込み
が必要です。

【期 日】 平成29年7月29日（土）9時から11時30分

【会 場】 とどろきアリーナ サブアリーナ

【参加資格】 参加希望者は以下の条件を満たしているものとします

・原則的に小学校4年生以上の川崎市内在住・在学・在勤のもの

※参加者の家族、介助者の方は条件を満たしていなくても結構です

【参加定員】 15名程度（応募多数の場合は先着順とします）

【申し込み方法】 所定の用紙に必要事項を記入し、平成29年7月17日（月）までに
FAXまたは郵送で下記へ申し込んでください（期日必着）

※スポーツ車いす体験会のみ参加方は、申し込みは必要ありません。

【スケジュール】（予定）

※詳細については参加者決定後に通知します

車いすバスケット教室

スポーツ車椅子体験会

8:45	受付開始
9:00	教室会開始 トレーニング
10:15	休憩
10:30	交流試合
11:30	アンケート実施後終了

9:00	体験会開始
10:15	休憩
10:30	交流試合観戦
11:30	アンケート実施後終了

【指導者】 川崎 Wheelchair Sports Club メンバー
【持ち物】 内履き、動きやすい服装
【その他】 バスケット用車椅子の貸し出しも行います。



《問い合わせ》川崎市障害者スポーツ協会
〒210-0834 川崎市川崎区大島1-8-6
川崎市南部身体障害者福祉会館内
TEL 044-245-8041
FAX 044-246-6943
担当 野田

「平成29年度障害者スポーツデー 車いすバスケットボール教室」

参加申込書

①	(フリガナ)			
	氏名			
②	生年月日	昭和・平成	年	月
			日	年齢
③	住所	〒	都道府県	
④	自宅電話番号			
⑤	自宅FAX番号			
⑥	携帯番号			
⑦	緊急連絡先(必須)			
⑧	障害の有無	あり ・ なし	障害名	
			障害に原因になった病名など	
			障害者手帳	身体障害者手帳()級
⑨	介助者の有無	あり ・ なし	介助者名	
⑩	車いすバスケットボール経験	あり ・ なし	経験年数	年
			所属チーム名	ヶ月
			練習頻度	

★該当するものに○、または記入をしてください

①	上記以外に右のような病気や症状はありますか？	心筋梗塞・狭心症・不整脈・他心臓病() 腎臓病・肝臓病・高血圧・糖尿病・てんかん・ その他の病気()
②	日常の移動手段は何ですか？	歩行(補装具なし・補装具あり・杖) 車椅子(手動・電動)
③	服薬はありますか？	なし・ある(具体的に)

誓約書・承認書

未成年者・知的障害者の方は保護者が記入してください。

川崎市障害者スポーツ協会 会長様

私は、教室参加にあたり健康管理には十分配慮し、万一の事故に対しても、一切自己の責任において処理することを誓約します。

また、参加者が教室参加するにあたり、一切の責任は私(保護者)が追うとともに、本教室への参加を承認します。

参加者本人署名 _____

保護者署名 _____