

障害者スポーツデーVol. 3

ショートテニス教室

【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】 幸スポーツセンター
横浜ドリーマーショートテニスクラブ

申し込みをすれば
誰でも参加できます♪

【期 日】 平成29年9月16日(土) 9時から11時30分

【会 場】 幸スポーツセンター 大体育室

【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】 20名(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9月7日(木)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

ショートテニス教室

8:45	受付開始
9:00	教室会開始 基礎練習
10:15	休憩
10:30	交流試合
11:30	アンケート実施後終了

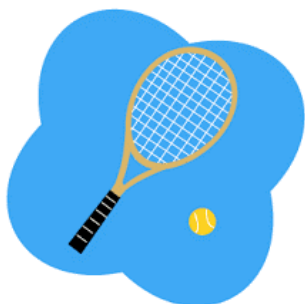
柔らかいボール
だから安心だね♪



【指導者】 横浜ドリーマーショートテニスクラブメンバー

【持ち物】 内履き、動きやすい服装

【その他】 ラケット、ボールの貸し出しを行います。



《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
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Vol. 3 ショートテニス教室」

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	才	
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	ショートテニス経験	あり ・ なし	経験年数	年		ヶ月		
			所属チーム名					
			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 _____