

# 障害者スポーツデーVol. 2

## 障害者水泳教室

【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】 公財）川崎市身体障害者協会  
【協力】 多摩スポーツセンター  
川崎フレンドシップスイマーズ



【期 日】 平成29年8月5日（土）13時から16時00分

【会 場】 多摩スポーツセンター 温水プール  
【参加資格】 参加希望者は以下のすべての条件を満たしているものとします

原則的に障害者手帳を所持して小学校4年生以上の川崎市内在住・在学・在勤のもの（紙パンツ使用者は不可）

【参加定員】 ※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  
各コース一部・二部ともに、水泳経験者10名未経験者5名ずつ  
（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24日（月）までに下記まで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

経験者コース

初心者コース

一部（定員10名）

12:30 受付開始  
～泳法アドバイス等～  
13:00 教室開始  
14:15 アンケート後終了

二部（定員10名）

14:00 受付開始  
14:30 教室開始  
～泳法アドバイス等～  
16:45 アンケート後終了

一部（定員5名）

12:30 受付開始  
～水慣れ等～  
13:00 教室開始  
14:15 アンケート後終了

二部（定員5名）

14:00 受付開始  
14:30 教室開始  
～水慣れ等～  
16:45 アンケート後終了



【指導者】 川崎フレンドシップスイマーズ

【持ち物】 水着、水泳キャップ、ゴーグル等（水着、水泳キャップは必須です。）



《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 044-243-6943  
担当 野田

「平成29年度障害者スポーツデー 障害者水泳教室」

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	参加希望	(一部・二部)への参加を希望します						
⑨	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					
			禁忌等					
⑩	介助者の有無	あり・なし	介助者名					
⑪	水泳経験	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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_