

# 「バスケットボール教室(知的・発達障害)」参加申込書

★私は、体調の自己管理に十分配慮し、バスケットボール教室に参加します。

署名 \_\_\_\_\_

申し込みされる月	①11月    ②12月    ③1月    ④2月    ⑤3月 ご希望の月に○をつけてください 複数月申し込みも可				
フリガナ				性別	男・女
氏名				年齢	歳
登録カード番号 (お持ちの方のみ)	横浜ラポール ・ ラポール上大岡(下4ヶタ)			生年月日	20 年 月 日
住所	〒 _____				
スポーツ歴	バスケット経験はございますか?(体育の授業以外) → はい いいえ はいと答えた方は所属先を教えてください。過去に実施していた場合も記載をお願いします。 ( )				
連絡先	TEL ( )	※緊急連絡先			
	FAX ( )	TEL ( )			
障害名	障害		障害の原因になった病気など		
障害者手帳の有無について	知的(B2 B1 A2 A1) 精神( 級) 手帳なし 手帳がなく証明書がある方は○をつけてください (受給者証・リハセンター利用証明書・特別支援教育在籍証明書)				
運動実施上の留意点・禁忌など	なし あり( )				
撮影について	記録用に写真やビデオ撮影をさせていただくことがあります。ご了承いただけますか? はい いいえ				

\*この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。