

ウェルネスプログラム (B) 申込用紙

【対象】知的・発達障害がある 中学生～高校生

申込年月日	年 月 日	
ラポール登録番号	※ラポール利用者登録カードをお持ちでない方は、事前または当日に登録をしてください。	
お子様の氏名	ふりがな	
性別	男 ・ 女	
生年月日	H 年 月 日 (歳)	
保護者氏名		
連絡先	① ※連絡が付きやすい番号をお願いします。	②
住所	〒	
障害名		
障害者手帳の有無	知的 (B2 B1 A2 A1) 精神 (級) 肢体 (級) 手帳なし 手帳がなく以下の証明書がある方は○をつけてください (受給者証・リハセンター又は療育センター利用証明書・特別支援教育在籍証明書)	
合併症	①てんかん : 無 ・ 有 (発作頻度: 直近の発作時期:) ②その他の合併症 ()	
運動をするうえでの留意点・禁忌	無 ・ 有 (内容:)	
体育以外の運動経験や習い事	無 ・ 有 (具体的な内容:)	

*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。