令和５年度　かがわ Twinkle star プロジェクト　申込用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | | | | 性　別 | |
| 氏　名 |  | | | | | 男性　・　女性 | |
| 生年月日 | 平成　　　 　年　　　　 月　　　　 日 | | | 年齢 | | （令和５年４月１日現在） | |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　※ご記入いただいた住所に関係資料等を送付します。 | | | | | | |
| 所属先 | 学校名、（勤務先名・施設名） | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | |
| 希望時間 | 希望する時間に〇をつけてください　　　午前の部　・　午後の部　・　どちらでもよい | | | | | | |
| フリガナ |  | | 電話番号  （保護者） | |  | | |
| 保護者氏名 |  | |
| 同伴者氏名 |  | （続柄） |  | | | | （続柄） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 療育手帳の交付 | 無　・　有　　　※有の場合：区分　　□　　□Ａ　　□　　□Ｂ | |
| 障害名又は診断名  （必ず記入） | ※例：ＡＤＨＤ、自閉症、ダウン症等 | |
| 重複障害 | □なし　　　□肢体　　　□視覚　　　□聴覚　　　□内部　　　□精神  ※日常使用の補装具（ある場合に記入）： | |
| 運動競技歴 | 無　・　有　　　※有の場合：競技名 | |
| 興味のある競技又は、今後取り組んでみたい競技をお書きください | ※例：陸上競技、水泳、ソフトボール、バスケットボール等　複数種目可 | |
| 確認事項 | 現在医師の治療を受けて（ いる ・ いない ）（経過観察等を含む）  または、体調に不安が（ ある ・ ない ）  　●上記の項目で、治療を受けている、または体調に不安があるに〇をした方  参加について医師から了承を（ 得ている ・ 得ていない ）  ※原則、治療中・体調に不安がある方は、医師と相談の上お申込みください。 | |
| プロジェクトを知った理由 | | □学校　　□協会ＨＰ　　□ポスター・チラシ　　□その他（　　　　） |

|  |
| --- |
| ●お申込みにあたって  　・原則、保護者同伴で参加をお願いします。また、参加費は無料ですが、会場までの交通費、個人で使用する運動しやすい服装やシューズなど、各自の用具・消耗品等は参加者負担になります。  　・プログラムにおいて、けがをした場合は、応急処置をいたします。参加者全員に対して、事務局で傷害保険に加入いたします。（補償は保険の範囲内）  　・健康上、運動可能な方のみお申込みください。  　・ご記入いただきました個人情報は事務局で厳重に管理し、本プロジェクトのみに利用させていただきます。ただし、記入いただいた情報を氏名を伏せた上で協力団体へ周知する場合がありますので、その旨ご了承ください。 |