

# 発達サポート水泳教室

\*継続の方は太枠の中を記入してください。

ふりがな*		生年月日
氏名*		年 月 日
電話番号* (どちらかでもよい)	固定 (        ) 携帯 (        ) ※急な教室開催変更をお知らせしますので、連絡のつく番号を書いてください。LINEでもお知らせしますので登録をお願いします。	— —
住所	小松市        町	
障がいの種類	※指導内容・声かけの参考にさせていただきます	

## 誓 約 書

公益社団法人 小松市スポーツ協会 会長 殿

私は、発達サポート水泳教室に参加するに際し、健康に充分注意し怪我や事故等が起きても保険の範囲内で対処し、主催者に対して一切ご迷惑をかけません。教室参加には安全第一とし、自分のペースで無理せず健康は自分で守ります。申込書の署名をもって、承諾いたします。

\*令和    年    月    日

教室公式 LINE →

