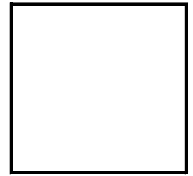


<一般用> 受講コース 1A・1B・2A・2B・3B・4A・4B

バス停

7,000 8,000 600

2022 夏
フリガナ
名前 前 _____ 男・女 _____ 年生 生年月日 20 _____ , _____ (_____ 才)
住所 _____ Tel _____ - _____ - _____



短期教室は何でお知りになりましたか？ 新聞折込 ・ 投函チラシ ・ 知人の紹介 ・ ポスター ・ その他
水泳の指導をお受けになったことは？ 無 ・ 有 クラブ名 _____ 短期教室 _____ 年ごろの 春 夏 冬
水泳はどのくらい出来ますか？ ○をお付け下さい。

水を怖がる ・ 顔つげが出来る
もぐれる ・ 浮くことが出来る
息つき泳ぎが出来る ・ 面かぶりクロールが出来る
25mが泳げる (クロール・背泳ぎ・平泳ぎ・バタフライ)
100mクロール・個人メドレーが泳げる (_____ 分 _____ 秒くらい)

--	--	--	--	--	--

現在お持ちの泳力検定級 _____ 級

保護者の同意書

貴クラブの短期水泳教室受講にあたり、医師に診断を受けることなく受講者が健康であることを認め、健康管理に責任を持ちます。

尚、短期水泳教室参加に際し、医師の診断が必要だと思われる方は、医師の診断を受けてください。

令和 4 年 _____ 月 _____ 日

保護者氏名 _____ 印

医師の同意書 通院加療中、又は治療を受けていた方、水泳参加に際し
医師の同意が必要と思われる方は、医師の同意書をお取り下さい。

_____ は、通常健康状態にありますので、水泳練習に参加出来るものと判断します。

令和 4 年 _____ 月 _____ 日

住 所 _____

医療機関名 _____ 医師名 _____

キ リ ト リ

<申込み方法>

- ① 上記の用紙に必要事項を記入し、受講料と一緒に受付へお持ち下さい
- ② クラブバスは1B・2Bコースのみ運行となります。
- ③ お電話での申込み予約も可能です
- ④ 定員になり次第、締め切らせていただきます

特別コース受講者で、泳力検定を合格した方は
9月3日(土)までに認定証・バッジ代(700円)を
受付でお支払い下さい。