

月体験授業申込書

平成 年 月 日

私は、このたびダッシュ前橋スイミングクラブの体験授業に保護者同意の上、連名で申込みを致します。尚、健康状態は良好であり水泳禁止者に該当しないことを認め、館内では指導員の指示に従うことを認めます。

フリガナ 昭・平 年
入会者氏名 (男・女) 西暦 年 月 日生 才

〒 -
住 所 電話

学校名 (幼稚園名) 学年 年 希望コース

保護者氏名 ㊦ 本人との続柄

緊急連絡先 ① 電話 (続柄) ② 電話 (続柄) ③ 電話 (続柄)

該当する項目に○印をつけて下さい。

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| 1. 水に顔をつけることができない。 | 6. クロールで10m位泳げる。 |
| 2. 頭まで潜ることができる。 | 7. クロールで25m位呼吸をしながら泳げる。 |
| 3. 一人で浮くことができる。 | 8. それ以上泳げる人は具体的に記入して下さい。 |
| 4. 顔をつけてバタ足で5m位進める。 | [] |
| 5. 顔をつけてバタ足で10m位進める。 | |

健康申告書

1. 今までに掛かったことのある病気にチェックして下さい。
- | | | | | |
|---|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 先天性心臓障害 | <input type="checkbox"/> 心筋梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 脳出血 | <input type="checkbox"/> てんかん |
| <input type="checkbox"/> 高血圧 (<input type="checkbox"/> 降圧剤) | <input type="checkbox"/> 腎炎 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 貧血 |
| <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> 内耳疾患 | <input type="checkbox"/> 動脈硬化 | <input type="checkbox"/> 結膜炎 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |

2. 体質について該当する事項にチェックして下さい。
- | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 総体的に健康体である。 | <input type="checkbox"/> 虚弱体質である。 | <input type="checkbox"/> 扁桃腺がよくはれる。 |
| <input type="checkbox"/> 風邪をひき易い。 | <input type="checkbox"/> 結膜炎になりやすい。 | <input type="checkbox"/> ジンマシンがよくでる。 |

3. 現在かかっている病気がありましたら記入して下さい。

病名

[症状] [治療状況]

4. その他

[]