

サルススイミングスクール参加申込書

受付日：(西暦) 年 月 日

(アクアクラブ用)

受講番号

開始日 年 月 日 月度～

(入講クラス)

アクアデイ アクアデイ(受) アクアナイト アクアナイト(受)

写真
(3cm × 4cm)

※クラス変更履歴 (週1はクラス1・週2はクラス2に記入)

年度/月度	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
クラス1											
クラス2											

フリガナ		性別	生年月日(西暦)	
氏名		男・女 その他()	年	月 日
住所	〒 -		年齢	
	TEL () -			

緊急連絡先 (受講生本人が受講中に万が一の事が起こった場合のご連絡先)

氏名	受講生との 続柄 ()	電話番号	
----	--------------------	------	--

かかりつけ医療機関

医院名		電話番号	
-----	--	------	--

上記のとおり相違ありません。

なお、サルススイミングスクール諸規則に従うことを誓約し、申込みをいたします。
授業風景を撮影し、受講生募集チラシ・ホームページ等で掲載する場合があります。

掲載を了承する。 掲載を了承しない。

年 月 日 署名 _____

何をご覧になって申し込まれましたか。

チラシ・ホームページ(事業団・その他)・市報・知人の紹介・その他

お持ちの 受講番号		キャンペーン	有・無
災害補償 加入の有無	有()・無	備考	
水着サイズ	水泳キャップ サイズ		

確認印		
館長	入力	受付

当事業団の個人情報の保護に関する法律に基づく公開事項により適切に管理いたします。

健康申告書

※ 本人又は、保護者が記入してください。

サルスースイミングスクール及びアクアクラブの受講にあたり、本スクールにおきましては安全確保、指導効果及びクラス運営面上、原則として身体的、精神的に健康な方を対象とさせていただきます。

つきましては、健康状態が原因と考えられる事故の場合は、責任を負いかねますので、健康上不安のある方は、必ず医師の診断に基づき利用許可を受けてください。

1. 今までにかかったことのある病気があれば、該当項目にチェックし、できるだけ詳しくご記入ください。

- 循環器系疾患 呼吸器系疾患 耳鼻科関係 眼科関係
 その他()

2. 身体的運動機能について該当すれば○印をつけてください。

- (1) 少々不安があります (2) 心配な面があります。

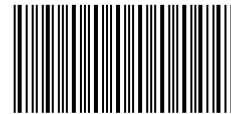
3. 情緒面、精神面について該当すれば○印をつけてください。

- (1) 少々不安があります (2) 心配な面があります。

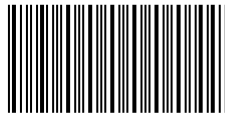
アクアディ



アクアディ(受)



アクアナイト



アクアナイト(受)

