

平成 24 年度
 福岡市立障がい者スポーツセンター スポーツ教室
 (アスリート陸上競技車いすジュニア教室) 受講申込書

●太枠内にご記入ください

ふりがな 受講希望者 氏 名		性 別 男 女
住 所	〒 () _____	
連 絡 先	() —	
緊急時連絡先	() —	続 柄 ()
M A I L	_____ @ _____	
年 齢	教室開講時 満 () 歳	
学校名・学年	学 校	小学 中学 高校 年生
障 がい 名		
保護者氏名	※受講希望者が未成年または知的障がい者のみご記入（押印）下さい。 印	

スポーツ安全保険について

加入済	新規	加入希望なし	種 類	金 額
加入番号	加入予定日			
	年 月 日			円

福岡市立障がい者スポーツセンター主催のスポーツ教室の受講を申し込みます。

平成 年 月 日

<あて先>

福岡市立障がい者スポーツセンター

受 付		保 険		担 当
受付者	入 力	記 入	振込み	
				染谷

平成 24 年 (アスリート陸上 教室) 受講前アンケート

氏 名	
--------	--

Q 1, 受講について、この教室に参加する目的をお聞かせ下さい。

該当するものに○をつけてください。(複数回答可)

健康づくり 運動不足解消	体力増進 大会を目指すきっかけづくり	技術向上	友達づくり その他 (ストレス解消)
-----------------	-----------------------	------	----------------	-------------

Q 2, 陸上競技についてお伺いします。

① 陸上競技の体験をしたことがありますか → は い ・ いいえ

② 「はい」とお答えの方へ質問です

- ・ 運動頻度はどのくらいですか
- ・ 運動時間はどのくらいですか

③ 種目は何がしたいですか (参考までに)

短距離 (100m・200m・400m)
 中距離 (800m・1500m)
 長距離 (5000m・10000m・ハーフ・フル)

Q 3, 身体の状態について、該当するところにご記入ください。

- | | | | | | | | | | | | |
|---|------|----|----|---|------|--------|------|------|-----|-----|---|
| ① | 麻痺状況 | ない | ある | (| 四肢麻痺 | 片麻痺 | 上肢麻痺 | 下肢麻痺 | 単麻痺 |) | |
| ② | 視覚障害 | ない | ある | (| 状況： | | | | | |) |
| ③ | 言語障害 | ない | ある | (| 状況： | | | | | |) |
| ④ | 装具等 | ない | ある | (| | | | | | |) |
| ⑤ | 移動手段 | | | (| 歩行 | (独歩・杖) | | | ・ | 車いす |) |
| ⑥ | その他 | ない | ある | (| | | | | | |) |

Q 4, これまでの運動歴をお尋ねします。

種 目	時 期	継続的	断続的
	歳 ～ 歳		
	歳 ～ 歳		
	歳 ～ 歳		