令和６年度　かがわ Twinkle star プロジェクト　申込用紙

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性　別 | 生　年　月　日 | 年齢 |
| 氏　名 |  | 男 ・ 女 | 昭和平成　 　年 　　月 　　日 | 歳 |
| 住　所 | 〒　　　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　※ご記入いただいた住所に関係資料等を送付します。 |
| 所属先 | 学校名、（勤務先名・施設名） | 所在地 |
| 体力測定　　希望時間 | 体力測定を希望する時間に〇をつけてください　　午前　・　午後　・　どちらでもよい |
| 保護者名（自署） | ※申込者が未成年の場合、ご記入ください。 | 電話番号（保護者） |  |
| 電話番号 | ⓵本人連絡先 | ⓶緊急連絡先（本人以外） |
| 同伴者氏名 |  | (続柄) |  | (続柄) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 障害者手帳 | 無 ・ 有 | 日常使用の補装具 | □車いす　□電動車いす　□杖　□上肢装具　□下肢装具□体幹装具　□義手・義足　□その他（　　　　　　）□なし |
| 障害名又は診断名（必ず記入） | 手帳をお持ちでない方もご記入ください。（障害者手帳をお持ちの方は、手帳記載のとおりご記入ください）例：ＡＤＨＤ、自閉症、ダウン症等 |
| 身体障害者手帳お持ちの方 | 障害の種類 | 肢体 ・ 視覚 ・ 聴覚 | 障害等級 | 　　種　　　級 |
| 障害の原因 | ※例：脳性麻痺、脳内出血、二分脊椎等　具体的にご記入ください。 |
| 服用している薬 |  |
| これまでにかかった病気 |  | 発作の有無 | あり ・ なし |
| 医師から運動するにあたって、制限されていることが（ ある ・ ない ） | ＊ある方は、制限されていることを詳しくご記入ください。 |
| 療育手帳お持ちの方 | 障害の程度 | Ｂ　　・　　　　・　　Ａ　　・　　 |
| 重複障害 | □なし　　□肢体　　□視覚　　　□聴覚　　□内部　　□知的　　□精神　　　　 |
| 手話通訳 | 要　　　・　　　不要 |
| 運動歴 | 無　・　有　※有の場合：競技名（　　　　　　　　　　　　　　　　　・　　　年） |
| 興味ある競技取り組みたい競技 | ※例：陸上競技（レーサー）、水泳、バスケットボール等　複数種目可 |
| 確認事項 | 現在医師の治療を受けて（ いる ・ いない ）（経過観察等を含む）または、体調に不安が（ ある ・ ない ）　●上記の項目で、治療を受けている、または体調に不安があるに〇をした方参加について医師から了承を（ 得ている ・ 得ていない ）※原則、治療中・体調に不安がある方は、医師と相談の上お申込みください。 |

|  |
| --- |
| ●お申込みにあたって・未成年の方は、原則保護者同伴で参加をお願いします。また、参加費は無料ですが、会場までの交通費、個人で使用する運動しやすい服装やシューズなど、各自の用具・消耗品等は参加者負担になります。・プログラムにおいて、けがをした場合は応急処置をいたします。また、参加者全員に対して、事務局で傷害保険に加入いたします。（補償は保険の範囲内）・健康上、運動可能な方のみお申込みください。・ご記入いただきました個人情報は事務局で厳重に管理し、本プロジェクトのみに利用させていただきます。ただし、記入いただいた情報を氏名を伏せた上で協力団体へ周知する場合がありますので、その旨ご了承ください。 |