

令和7年
(2025年)度

こどものぜん息水泳教室 参加申込書

ふりがな		身長・体重	生年月日	新学年
参加者名	男・女	cm kg	平成 年 月 日生 令和	幼稚園・保育園の年長 小学 中学 年
ふりがな		緊急連絡先 電話番号	自宅・携帯	
保護者名			() 子との関係 ()	
住所	〒() () ()			

水泳指導の参考にしますので、保護者の方が以下の項目についてご記入ください。

1. お子様は泳げますか?該当する□にチェックをして、()内にご記入ください。

泳げる。どの程度泳げますか?

①クロール()m ②平泳ぎ()m ③背泳ぎ()m ④バタフライ()m

けのびバタ足なら泳げる。()m

泳げない。以下の①～④の該当する項目に○をつけてください。

- | | | |
|------------------|-----------|-----------|
| ①水をこわがりますか? | ア. こわがる | イ. こわがらない |
| ②水を顔につけられますか? | ア. つけられない | イ. つけられる |
| ③水中で目を開けられますか? | ア. 開けられない | イ. 開けられる |
| ④プールの底から足を離せますか? | ア. 離せない | イ. 離せる |



2. 参加にあたり、注意してほしいことや伝えておきたいことがあればご記入ください。

()

3. 以前水泳教室に参加したことがありますか。

はい いいえ

4. 水泳教室については、どちらでお知りになりましたか。

()

保護者様

水泳教室中にケガなどの緊急対応として、同行医療スタッフおよび、搬送先医療機関等の判断により、緊急の処置を必要とする場合があります(輸血等を含む)。

上記の医療行為について同意していただくことを、水泳教室の参加の条件としております。緊急時には、ご本人の健康と安全を優先し対応していくため、保護者の方による同意書の記入をお願いいたします。

また、健康管理に使用したデータは個人を特定しない形で医療スタッフの教育に活用させていただく場合がありますので、ご了承ください。

同意書

豊島区地域保健課
公害保健グループあて

こどものぜん息水泳教室参加にあたり、

- 同行医療スタッフおよび搬送先医療機関の判断による医療行為(輸血等を含む)
 - 個人を特定しない形でのデータの活用
- について同意いたします

記入日 令和 年 月 日 参加者氏名() 保護者氏名()

保護者様

当事業では、教室の様子を対象者やご家族へお知らせし、実施内容をより理解いただくことを目的として、事業風景を写真撮影し広報に利用します。つきましては、写真撮影及び掲載についてご承諾いただきますようお願いいたします。

■掲載場所(予定)

・区ホームページ ・広報としま ・参加者配布のしおり 等

写真撮影及び掲載承諾書

豊島区地域保健課公害保健グループあて

(以下のいずれかを○で囲んでください)

- 写真撮影及び掲載に承諾します
- 写真撮影及び掲載に承諾しません

記入日 令和 年 月 日 参加者氏名() 保護者氏名()