

平成30年度 滋賀県立障害者福祉センター  
短期水泳教室開催要項 ー湖西ー

目的：滋賀県立障害者福祉センターに通えない遠隔地の障害者に対して、福祉センターで開催している教室を県内各地で開催することにより、学習機会の提供を図り、サービス提供の均一化の一助とする。

主催：滋賀県立障害者福祉センター

共催：地域活動支援センター わになろう

場所：高島市B&G温水プール

高島市宮野1516 TEL：0740-36-1370

開催日：11/10(土) 12/22(土) 1/12(土) 2/2(土) 3/2(土)

時間：13:30～15:00

対象：①小学生の知的障害者とその親

②中学生以上の知的障害者(泳力等を考慮して、主催者でクラス分けを行います)

※ 水中での介助を要しない者もしくは介助者と入水できる者

※ 新旭養護学校学区在住者

定員：① 6組 ② 12人

指導者：滋賀県立障害者福祉センター指導員・アシスタント

受講料：無料

内容：水慣れ(水中姿勢、呼吸法、け伸び等)からレベルに合わせた集団指導。

受付期間：平成30年10月3日(水)～10月12日(金)必着

申込方法：別紙申込書・予備調査書・誓約書を全て記入のうえ当福祉センターへ郵送にて申し込みください。FAX不可。

※定員をオーバーした場合には、前年度受講されていない方を優先にし、抽選にて決定させていただきます。

※結果は、ハガキにて申込者全員に10月16日(火)に発送させていただきます。

なお、電話での結果等に関する問い合わせには、お答えできませんのでご了承ください。

その他：①健康管理は本人の責任ですので、各自で十分留意してください。

また、会場における事故については、応急手当はしますがその後の責任は負えません。(主催者側で活動保険に加入します。)

②教室の様子を撮影した写真や記録等が福祉センターの刊行物やHPに掲載または新聞等で報道されることもありますのでご了承ください。

③個人情報保護法に基づき、受講者から提供いただいた情報は厳重に管理し、本教室運営上ならびにセンター利用上に関する目的以外で使用することはありません。

④午前8時に大雨・暴風・大雪等を含む特別警報および暴風警報が発令されている時は教室を中止します。

⑤申込書の「誓約書」欄のサインと押印が無い方は、参加していただくことができませんので、ご注意ください。

問い合わせ：滋賀県立障害者福祉センター

〒525-0072 草津市笠山八丁目5番130号

TEL：077-564-7327 FAX：077-564-7641

担当：増田圭亮・由良涼子

# 短期水泳教室—湖西— 申込書及び予備調査書

①小学生の部 ・ ②中学生以上の部 (いずれか○で囲んでください)

フリガナ

受講者氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 年齢 \_\_\_\_\_ 才

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 学校名 \_\_\_\_\_ 学年 \_\_\_\_\_ 年

(在学中の方のみご記入ください)

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ 緊急連絡先 \_\_\_\_\_

療育手帳番号 (例：滋賀県〇〇第〇〇〇〇号)

※ 手帳のない現在在学中の対象者の方は、支援学級在籍証明書の添付をお願いします。

クラス分け及び指導の目安・参考にさせて頂くため、下記の項目にお答えください。  
現在の泳力を下記から選んで○で囲んでください。

水を怖がる	水に顔がつけられない	水に顔がつけられる	
水に顔をつけてブクブクパッができる		もぐれる	
浮くことができる	けのびができる	背浮きができる	
クロール： 泳げる _____ M 泳げる			
泳げない	キックができない	手のかきができない	呼吸ができない
背泳ぎ： 泳げる _____ M 泳げる			
泳げない	キックができない	手のかきができない	呼吸ができない

各関節の可動域で制限のある部位および禁忌事項があればご記入ください。

部位 \_\_\_\_\_

可動域 \_\_\_\_\_

禁忌事項 \_\_\_\_\_

この教室での目標を、ご記入ください。

その他、連絡事項があればお書きください。

(裏面もご記入ください)

既往歴についてお尋ねします。

1. あなたは、今までに次の病気や症状がありましたか。

ない

ある

高血圧	脳血管障害	心臓病	高脂血症
糖尿病・高血糖	肥満	痛風・高尿酸血症	肝臓病・肝機能障害
腎臓病	喘息	てんかん	意識消失発作
膝痛・膝関節の病気	腰痛	その他 ( )	

2. あなたは、今までに病気、手術、けがなどで入院したことがありますか。

ない

ある (具体的に )

現在の健康状態および生活状況についてお尋ねします。

1. 最近数ヶ月で生活環境や健康上 (病気・体重・食事など) の面で大きな変化がありましたか。

ない ・ あった (具体的に )

2. 現在、何かの病気で医療機関にかかっておられますか。

いいえ

はい 治療中の病名 ( )

内服薬名 [ ]

医師からの指示 ( )

緊急連絡先

医療機関名 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

誓 約 書

私は、短期水泳教室中の私の責任による事故は、自己の責任において処理することを誓約し、上記のとおり申し込みます。

平成30年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印) 保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)