

【健康自己申告書】

教室名 _____ 利用者カード番号 (_____)

[親子教室の親]

利用者カード番号 (_____)

フリガナ
受講生氏名 _____ 男・女

フリガナ
氏名 _____ 男・女

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

生年月日 S・H 年 月 日 (歳)

携帯電話 _____

緊急連絡先 (本人以外) フリガナ氏名 _____ 電話 _____ 続柄 _____

1) 病歴又は既往症 (持病) のある人、ご記入ください。

なし・あり (_____)

2) 医療機関の指示で運動に制限がある人は、健康に影響を及ぼす可能性がありますので、事前に教室参加について医師等の許可を得てからご参加ください。

3) あなた (受講生) のお身体について、指導員に伝えたい事があればご記入ください。

なし・あり (_____)

-----【誓約書】-----

私は、スポーツ教室に参加するにあたって、下記事項を遵守・承諾いたします。

- ① 教室参加に際し、自己の健康状態を十分把握し、健康上支障がないものと自ら判断して受講しますので、健康上の問題は自己の責任において処理するものとします。
- ② 万一事故等が生じた場合、センターでは医療系職種の職員等は配置しておりませんので、救急隊が到着するまでは応急手当または救命処置で対応いたします。
- ③ 心臓病、妊娠、高血圧症 (収縮期血圧 180mmHg 以上) 等の人は受講できません。
<高血圧の基準 軽症高血圧 140~159、中等症高血圧 160~179、重症高血圧 ≥180>
- ④ 各教室で定める注意事項等に従ってください。
- ⑤ 教室中止の場合の対応について (承諾事項)
 - ・ 諸般の事情により教室を中止する場合には可能な限り当該期中の振替にて対応させていただきます。振替にて対応できない場合には、中止回数分に相応した額の返金 (受講料の日割還付) にて対応させていただきます。
 - ・ 天災等の影響による教室中止において当該期中の振替にて対応できない場合には、予定回数の8割以上の実施をもって完了とさせていただきます。8割に不足する回数分につきましては、相応した額の返金 (受講料の日割還付) にて対応させていただきます。
 - ・ 保険料につきましては、返金の対象外とさせていただきます。

以上のことについてご確認いただき、下記の枠内にご署名お願いいたします。

(あて先) 戸田市スポーツセンター所長 _____ 平成 年 月 日

受講生氏名	
保護者氏名 <small>(中学生以下の場合は、保護者の承諾もお願いします。)</small>	

※ご記入いただいた内容は、スポーツ教室以外の目的には使用いたしません。