**障害者サッカー教室申込書**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 |
| 氏　　名 |  | | | １．男　２．女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 保護者名 |  | | | |
| 住　　所 | 〒　　　　－ | | | |
| 電話番号 | （　　　） | ＦＡＸ番号 | （　　　） | |
| 身体障害者手帳 | １．肢体（立位のみ）　　　　　２．視覚  ３．聴覚（コミュニケーション：①手話 ②要約筆記 ）  ４．ぼうこう又は直腸機能障害　５．その他（　　　　　　） | | | |
| 療育手帳 | １．有　　（手帳の交付申請中を含む）  ２．無　　（取得の対象に準ずる障害のある方） | | | |
| 精神障害者  保健福祉手帳 | １．有　　（手帳の交付申請中を含む）  ２．無　　（取得の対象に準ずる障害のある方） | | | |
| 所属施設  （学校）名 | 電話番号　　　（　　　） | | | |
| 質　　問 | ＜重複障害＞  １．なし　　２．肢体　　３．視覚  ４．聴覚・平衡、音声・言語、そしゃく言語障害  ５．その他  ＜本人に対することで何か注意することがあればお書きください＞  　例：自由に行動してしまうため、指示が必要　等  〈サッカー経験〉  １．なし　　２．あり（チーム等に所属している方は所属先をお書き  ください）  　　　　　　　　［チーム名等：　　　　　　　　　　　　　　　］ | | | |

《受付処理欄》

　受付日　令和　　年　　月　　日　　　　　区　支援課　受付者

　※受付後、障害政策課ノーマライゼーション推進係までお願いします。