**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。