

公益財団法人世田谷区スポーツ振興財団
ふれあいボウリングスクール 担当
FAX:03-3417-2813

令和 年 月 日

令和6年度ふれあいボウリングスクール 個人票

別紙、「ふれあいボウリングスクールのご案内」に記載の
「個人情報の取扱いについて」に同意しますか？

☐ はい ☐ いいえ

(ふりがな) 氏 名	性別 男 ・ 女	生年月日 (西暦) 年 月 日	年齢 歳
住所 〒	電 話 : F A X :		
在学学校名・学年・クラス 学校 年 組	障害者手帳(有の場合は種類・等級) 有 () ・ 無		
保護者氏名	緊急時の連絡先(携帯) - - (参加者との関係 :)		
障害の種類・程度をできるだけ詳しくご記入ください。			
・得意(好き)な運動 : ・苦手(嫌い)な運動 :			
指導員に対して指導上注意してほしいこと、トイレのサインなどをできるだけ詳しくご記入ください。 (医者から禁止されている運動、性格、教室参加にあたっての目標、コミュニケーションの中で触れてほしくないことなど)			