

体 験 申込用紙

希望日	希望クラス	受付日	受付者

出・欠

※太枠内をご記入ください。

お名前	フリガナ	男 女	生年月日	西暦	年
	-----		緊急連絡先	平成	月
住所	〒	TEL	関係	TEL	
	-----	-----	学校名		

泳力について・・・1. から順を追ってあてはまる番号まで、○をつけて下さい

1. 顔が水につけられます。
2. 水の中にもぐれます。
3. 浮くことができます。
4. バタ足で5M位泳げます。
5. 呼吸なしで10M位泳げます。
(クロール・背泳ぎ・平泳ぎ)
6. 2.5M泳げます。
(クロール・背泳ぎ・平泳ぎ・バタフライ)
7. 2.5M以上泳げます。
(クロール・背泳ぎ・平泳ぎ・バタフライ)

8. 当クラブの泳力認定を受けたことがあります。

・短期水泳教室
・保育園 (保育園)
・その他 ()

年 月 級

～ご注意～

当クラブの進級基準にのっとり泳力をお聞きしています。番号がとんでいる場合、1. から連続して○がついている最後の番号とさせていただきます。

お客様からコーチへの連絡事項

同 意 書

チャンピオンスイムクラブ長殿

水泳指導中に、本人の身体疾患が起因となり、事故が発生した場合には、保護者または本人が一切の責任を取ることに同意いたします。

年 月 日

保護者

印

当クラブは何でお知りになりましたか

1. 知人の紹介
2. 家族の紹介
3. 保育園
4. チャンピオン掲示
5. 当クラブのチラシ
6. 掲載の記事
7. その他 ()

ご協力ありがとうございました

