

久米島町教育委員会 サップ体験申込書

学校名		学年		ふりがな 参加者名		性別	
生年月日		年齢		住所			
連絡先				緊急時			
希望日程 ○を付けて ください	8月15日(土) ・ 8月16日(日)						

久米島町教育委員会 サップ体験参加承諾書

私は以下を確認の上、久米島町教育委員会主催の『夏休み水泳教室』に

児童・生徒名：_____を参加させることについて承諾します。

令和8年 月 日

保護者名 _____

協力依頼	以下の注意事項を確認して参加させてください。 ※水泳を禁じられている者(皮膚病、心臓病、てんかん等)の申込みできません。 ※自宅で体温を測り健康状態を確認してから参加させてください。 ※水泳教室には、必ずシャワーをあびてから参加させてください。 ※児童・生徒の送迎については、保護者が責任を持ってください。 ※事故等が発生した場合は、教育委員会で加入している保険の範囲内で補償します。 ※小学3年生までの参加児童は必ず保護者同伴をお願いします。 ※お時間の都合がつく保護者は、プールサイドで安全管理をお願いします。
------	--

保護者安全管理協力依頼

プールサイドで安全管理のご協力いただけますか。

可能

不可能

()

()

泳力調査

どのくらい泳ぐことができますか。()に○を記入してください。自己判断でかまいません。

15m以上 ()

10m～15m ()

10m未満 ()

泳げない ()

顔付け ()

伏し浮き ()