横浜YMCA申込書（季節プログラム用）

ふりがな			生年月日	年齢	性別	会員番号
氏名	姓	名	西暦　　年　　月　　日	歳	1.男 2.女	

ふりがな		Tel（①通常連絡先）
現住所	〒	続柄：
		Tel（②緊急連絡先）※①とは別の方・場所

保育園 幼稚園 学校名		参加時学年	申込理由	広報利用	続柄：	
			11.プログラムの内容 12.費用 13.知人の紹介 14.交通の便 15.その他	クラス内で撮影した写真の広報利用について 1.許可する 2.許可しない	ふりがな	
ふりがな					緊急連絡先名	
保護者氏名	姓	名				

申込クラス名	①	処理欄			
	②				
	③				

＊健康教育プログラムに参加される方は、以下の事項について記入と署名をお願いいたします。

１．既往症について（該当するものがあれば○をお付けください）

１）心臓の病気　　２）小児喘息　　３）ひきつけ（てんかん）　　４）ヘルニア（脱腸）　　５）腎臓の病気

※○を付けた病気について、現在は　（　１．治療中　　２．未治療　　３．完治　）

６）その他の病気があればご記入ください　（　　）

２．現在の健康状態について、該当するものがあれば○をお付けください。

１）現在は健康である。

２）耳の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

３）目の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

４）皮膚の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

５）心臓の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

６）腎臓の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

７）貧血を起こしやすい。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

８）ひきつけの病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

９）その他の病気がある。　（病名　　）　１．治療中　２．未治療　３．完治（時期　　）

３．現在お持ちのワッペンについて（YMCAの幼児、小学生水泳・体操プログラムにお申し込みの方のみご記入ください）

１）水泳（　　）・はじめての方 ： 潜れない ・潜れる ・ 浮ける ・ バタ足 ・ クロール25m以下 ・ 25m以上泳げる（種目　　）

２）体操（　　）・はじめての方 ： 体操経験の有無（　　）

４．クラス参加に際して、担当者に伝えておきたいこと（現在治療中、通院中の方は病名と常用薬等をお書きください）

下記の者、YMCAのプログラムに参加することに健康上支障がないと判断しますので参加いたします。また、プログラム期間中に病気、怪我、その他理由（他の参加者や物品に危害を加えるなど）により、参加プログラムの制限が必要と判断した場合や継続参加が難しいと判断した場合は、YMCAの判断による対応を了承いたします。その際に参加費の返金がされないことも了承いたします。

西暦　　年　　月　　日　　参加者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿