

ポートアイランドスポーツセンタースイミングクラブ入会届									
フリガナ					生年月日				
参加者名	男 女				西暦 平成 令和 年 月 日				
住所	〒				学校名 学校		学年 年生		
保護者名									
保護者の 連絡先	電話								
	メールアドレス								
当クラブ までの 交通手段 (使用する すべて)	徒歩	分		電車	駅 ～ 駅				
	自転車	分		バス	～				
	自家用車	分		その他	何で			分	
緊急連絡先①から順に連絡します。									
緊急連絡先①	名前：				続柄				
	電話：								
緊急連絡先②	名前：				続柄				
	電話：								
緊急連絡先③	名前：				続柄				
	電話：								
健康上の留意点・既往症 等									
※在籍校に伝えている情報がクラブに共有されることはないため、配慮が必要な事項は必ず記入ください。									
かかりつけ医（内科）					かかりつけ医（外科）				
☐	【必須】規約内容を確認し遵守することに同意いたします								
☐	【必須】クラブ内での活動状況について、必要に応じて在籍校へ情報提供することに同意します								
☐	【必須】緊急連絡がつかなければ、救急搬送時の個人情報の提供に同意します								
☐	【神戸市立中学生は必須】 クラブの活動中の怪我等に備え、保険の加入について神戸市教育委員会へ申請済みです								
☐	【神戸市立中学生以外は必須】 クラブの活動中の怪我等に備え、スポーツ安全保険の加入を希望します								
☐	【任意】クラブの公式SNSやホームページ等で名前や顔写真などを掲載することに同意します								