

海洋DAYキャンプ(/)コース

ふりがな		性別	NO.
参加者氏名		男・女	
住所			
電話番号	☎		
緊急連絡先 (携帯電話)	☎ 連絡者名()続柄()		
生年月日	平成 年 月 日	年齢	歳
小学校名・学年	小学校 ()年生		
◇メディカルチェック◇			
●お弁当(昼食)の中にアレルギーがある方は、ご記入下さい ※写真参照			
●当キャンプに参加するにあたり、健康上など、何か問題はございませんか？ (どちらかに○をご記入ください) ※「問題がある」と答えられた方は理由をお聞かせください			
問題ない ・ 問題がある			
●その他指導員に伝えておきたいことがあれば記入して下さい			

※回答によっては医師の診断を受けて頂く場合がございます。

※ご記入頂いた個人情報は、徳島市体育振興公社が責任を持って管理し、海洋DAYキャンプ以外の目的で使用いたしません。

※海洋DAYキャンプの活動の様子を撮影し、公社HPやパンフレット、情報誌等で紹介する場合がございます。

誓約書

上記の通り相違なく、自己の責任において健康管理をするとともに、良好な健康状態で海洋DAYキャンプに参加することを誓約します。

令和 6 年 月 日 署名(保護者氏名)

参加料	
領収書番号	
金額	¥ 7,500-

