

スクール入会 申込書

【スイミング・HIPHOP】

下記太枠内のみご記入ください。

写真(4cm×3cm)
スナップ写真可
裏面に氏名をご記入
のうえ貼付け下さい。

| | | | | | | |
|-------------------|---|-----------------|---------------------------------------|-----|-------------------|---|
| フリガナ 入会者 氏名 | | | | | | 印 |
| 生年月日 | 西暦 年 月 日生 | 性別 | 男 女 | 血液型 | Rh + 不明 Rh - 型 | |
| ご住所 | 〒 | | | | | |
| 連絡先 | ご自宅 TEL () - | 携帯 TEL () - | | | | |
| 学校名 幼・保育園名 | 入会者本人が18歳未満の場合のみご記入ください。 | 保護者 氏名 | 入会者本人が18歳未満の場合のみご記入ください。 本人との続柄【 】 | | | |
| e-mail | | | | | | |
| 緊急連絡先名 | 緊急時にご連絡し、その後ご対応いただける方の連絡先をご記入ください。 氏名 続柄 () TEL () - | | | | | |

| | | | | | |
|-------------------------|---|---|--|---|---|
| 区分 | 特別法人 <input type="checkbox"/> トヨタ自動車健康保険組合 ※入会者ご本人様名の健康保険証をフロントへご提示ください。 一般 <input type="checkbox"/> それ以外 | | | | |
| 入会目的 | <input type="checkbox"/> 技術の習得・向上 <input type="checkbox"/> 礼儀の習得 <input type="checkbox"/> 体力アップ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 競技力習得・向上 <input type="checkbox"/> 精神力向上 <input type="checkbox"/> ヘルスアップ <input type="checkbox"/> 運動能力の向上 <input type="checkbox"/> シェイプアップ | | | | |
| 入会希望月 希望コース 希望クラス | 年 月 日 曜日 | スイミング <input type="checkbox"/> 幼児A (2歳～幼保育園入園前の児童) | <input type="checkbox"/> 初級 (小学校1年生から6年生) | <input type="checkbox"/> 幼児B (幼保育園通園の年少から年長児童) | <input type="checkbox"/> ベビー (6ヶ月から3歳まで) |
| | | <input type="checkbox"/> Kids HipHop <input type="checkbox"/> class1(年中から小学2年生) <input type="checkbox"/> class2(小学3年生から小学6年生) | | | |
| HipHop 経験 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり〔 年〕 | | | | |
| メンバーズカード | <input type="checkbox"/> あり〔No. 〕 <input type="checkbox"/> なし | | | | |

裏面「健康状態申告書」もご記入ください。

| 項目 | 担当 | 項目 | 担当 |
|----------|----------|--------------|--------------|
| 受付日 | 20 年 月 日 | CP会員登録 | 年 月 日 |
| 入会審査 | 承認・保留・不可 | 口座登録 | 年 月 日 |
| 入会月 | 年 月 | DM発送 | 年 月 日 |
| 入会曜日・クラス | 曜日 クラス | S.C発行 | 年 月 日 |
| 入会金 | / 3,500円 | G.S入力 | 年 月 日 |
| 年登録費 | / 3,000円 | 会員番号 | |
| 月会費 | / 円×2ヶ月分 | 指定用品スイミング | 水着 キャップ |
| メンバーズカード | | 指定用品 HIP HOP | Tシャツ サルエルパンツ |
| 【備考】 | | | |

健康状態申告書

1. レッスン受講にあたり、コーチが留意すべき健康状態をご申告ください。
2. 健康状態の申告に嘘・偽りがありますと会則9条に則り、入会後でもご退会いただく場合がございます。
3. 『あり』該当者の方は、入会審査において、医師の診断書が必要となる場合がございます。
4. ベビースクールご入会の方は、あわせて保護者の方の申告もお願いいたします。

| 「あり」の方は、詳しくご記入ください。 | | | |
|--|---------------------------------|-------------------------|---------------------------|
| 内科 | 異常なし・あり | 心臓 | 異常なし・あり |
| 生活習慣病 | なし・あり 糖尿病 高血圧 {測定値 / } | 脂質異常症 高尿酸血症 発達障がい | なし・あり |
| 外科 | 異常なし・あり | 気管支喘息 | なし・あり |
| アレルギー | なし・あり | 妊娠 | 現在妊娠中である・妊娠していない (月) |
| ★スクール入会に関して医師より注意されていること・保護者の方が日ごろ注意されていること。 | | | |

同意書【保護者同意書】

- 1. 私はフォレストスクールへ入会するに際し、会則及び入会を希望しているスクール規約をすべて読みその内容に同意・承認の上入会を申し込みます。また、入会後は会則・規約に従います。
- 2. 自己の健康状態を相違なく申告し、健康を管理し良好な状態でスクールへ参加いたします。
- 3. 私は、入会するものの保護者として、フォレストスクールへ健康状態を相違なく申告し、又健康を管理し良好な状態でスクールへ参加させます。

氏名

年 月 日

入会者が18歳未満の場合は保護者名にてご記入ください。