

東京YMCAシーズンプログラム申込書

プログラム記号		プログラム名 参加されるすべてのプログラムを明記してください	
フリガナ		才(西暦 年 月 日生)	男・女
氏名		血液型	RH + / - A・B・O・AB・不明
住所 〒 -		TEL	- -
学校名・学年		保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・高校	年生

本人は健康であり、このたびのシーズンプログラム参加にあたり支障無しと認め、パンフレット・Webサイトにある諸事項を承認のうえ、申し込みます。

20 年 月 日 保護者署名



東京YMCAシーズンプログラム原簿

※諸連絡や健康管理に必要な事項が変更されないかぎり、年度内は原簿のみ繰り返しお使いいただけます。
今年度中のシーズンプログラムに再度ご参加の際は、当原簿と申込書をご提出ください。

フリガナ							本人写真 4cm×3cm 必ずお貼り ください。 最近6カ月以内に 撮影されたものに 限る。スナップ可。
氏名		ニック ネーム		男・ 女			
住所 〒 -		TEL	- -	才(西暦 年 月 日生)		血液型	
学校名		保育園・幼稚園・こども園・小学校・中学校・高校				年生	
YMCAセンターに	所属している / 所属していない / 所属している会員の家族 (会員の方の氏名)						
所属センター ※上記で所属していると 答えた方のみ記入	江東 / 山手 / 杉並 / 西東京 / 南 / 東陽町 / 東雲 / 芝浦 / その他 ()		クラス・ グループ名				
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL	-	-		
性格	学校生活について		趣味/習い事				
【長所】	【好きな科目】						
【短所】	【嫌いな科目】						
	【課外活動】						
			教会に	通っている / 以前通ったことがある / 行ったことがない			

【個人情報保護について】 YMCAでは皆様から頂いた情報を厳重に管理いたします。個人情報の取り扱いにつきましては、以下のルールに従います。不都合のある方はご連絡ください。

- 皆様に無断で個人情報を集めることはいたしません。皆さまに対して、利用目的をあらかじめ明らかにした上で個人情報の提供をお願いしております。個人情報は下記の3に記した目的以外の用途には利用しません。
- 皆様の個人情報の管理を第3者に委託することはありません。
- YMCAプログラムの個人情報利用目的
プログラム実施上の資料/プログラム実施上の連絡/当該プログラム次回募集の告知/
YMCA主催、または関係団体主催の催し物の告知

ウラ面もご記入ください

東京YMCAの プログラムへの参加	はじめて / < > 回目	【一番最後に参加したのは?】 年 夏 / 冬 / 春	【プログラム名】
このプログラムをどこでお知りになりましたか?		参加動機についてお教えてください	
その他、プログラムに対するご要望など、自由にご記入ください			

スキーキャンプ 専用記入欄 ※スキーキャンプに 参加する方のみ あてはまるものに ○をつけてください。	■スキー経験 今回がはじめて / ほとんどはじめて / 今まで約 回いったことがある / 緩斜面をゆっくり滑れる / 緩斜面をスピードを出して滑れる / 中斜面を滑れる / 急斜面を滑れる ■YMCAジュニアスキーテスト < > 級保持 / 特になし	■スキー用具について ・持参する ・レンタル希望 スキー&ブーツセット ・ ウェア 身長 cm 体重 kg 靴のサイズ cm
--	--	--

家族構成 ※同居人を含む

氏 名	年齢	続柄	職 業 または 学 校 名 ・ 学 年

健康状態について伺います

アレルギー体質ですか?	はい / いいえ	【はいと答えた方に伺います】 摂取してはいけない食品や薬品、植物 注意の必要な日用品(洗剤etc.)や 環境などを詳しく教えてください
本人の体質にあてはまる ものがあつたら、○をして ください	風邪をひきやすい / お腹を壊しやすい / 熱を出しやすい / 扁桃腺が腫れやすい / 貧血を起こしやすい / 鼻血が出やすい / 歯痛を起こしやすい / 便秘しやすい / アレルギー性鼻炎を患っている / 乗り物酔いしやすい / (重度・軽度) の喘息を患っている / 夜尿症がある / 寝付きが悪い / その他 ()	
既往疾患について あてはまるものに ○をしてください	熱性けいれん・てんかん(最終発作 年 月) / 心疾患 / 腎臓病 / 糖尿病 / 虫垂炎・盲腸炎 / その他 ()	
既往感染症、予防接種歴 について、あてはまるもの に○をしてください	■インフルエンザ かかった / 予防接種をした(年 月) ■はしか かかった / 予防接種をした(年 月) ■水ぼうそう かかった / 予防接種をした(年 月) ■おたふく風邪 かかった / 予防接種をした(年 月) ■風疹 かかった / 予防接種をした(年 月)	
本人の普段の生活に ついてお伺いします	■平常時の体温 °C ■安静時脈拍数 /分 ■起床時間 時 分 ■就寝時間 時 分 ■平均便通回数 回 (朝 / 昼 / 夜) ■苦手な食べ物 ない / ある ()	
身長・体重 cm kg	その他、健康上の留意点 ※心身の障がいなど、スタッフにあらかじめ伝えておきたい事がありましたらご記入ください	
常用薬		