



全国障害者スポーツ大会出場を目標して

サガン鳥栖高橋SRO



一緒にサッカーしよう!

# パラスポーツ 体験教室



## 12/16(土)

対象  
知的障がいのある方



サガン鳥栖強化担当  
片瀬浩一郎さん  
もゲスト参加

《問い合わせ先》  
佐賀県競技力向上推進本部  
(佐賀県スポーツ課内)

〒840-8570 佐賀市城内1丁目1番59号  
TEL 0952-25-7334  
FAX 0952-25-7375  
E-mail sports@pref.saga.lg.jp

時間	10:00~11:30 受付 9:30
会場	鳥栖市北部グラウンド (鳥栖市弥生が丘5丁目374番地)
参加料	無料
年齢	13歳以上
上限	20名 (先着順)

参加申込みは  
こちらから



※申込締切:  
教室開催の  
5日前まで

佐賀県競技力向上推進本部HPの行事予定表ページからお申込み可能です。

### 佐賀県選手の活躍を発信しています!

佐賀県競技力向上推進本部Facebook  
Instagramでお知らせしています。



←Facebook



Instagram→

ALLSAGA2024

申込先 佐賀県SAGA2024・SSP推進局スポーツ課 担当：楠本  
〒840-8570 佐賀市城内1丁目1番59号  
TEL：0952-25-7334 FAX：0952-25-7375  
Email：sports@pref.saga.lg.jp

# パラスポーツ体験教室 参加申込書

受付No. \_\_\_\_\_

【参加申込書記入者】  参加者本人  参加者本人以外[記入者： \_\_\_\_\_ / 電話( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_ ]

体験競技名		参加日	
ふりがな			
参加者氏名	(男・女)		
生年月日	大・昭・平	年 月 日生	( 歳)
連絡先住所	(学校・施設名)		
	(自宅住所) 〒 _____ 電話( _____ ) - _____ 緊急連絡用:電話( _____ ) - _____		
障がい区分	1. 知的障がいのある選手 2. 精神障がいのある選手	競技経験	1. 全くない 2. やったことがある程度 3. 定期的に練習している 4. その他( _____ )
介添者 (どちらかに○をつけて ください)	あり	氏名： _____	(参加者との続柄： _____ )
	なし	氏名： _____	(参加者との続柄： _____ )
保護者氏名(※1)			
体格(※2)	身長： _____ cm		
HP等への写真掲載 (□に✓してください)	<input type="checkbox"/> 主催者による写真の撮影、ホームページ・SNS等への写真の掲載について承諾します。		
運動する際の留意点 (具体的に)	例：常に介添者が必要、ボールを極端に怖がる、まっすぐ走ることができない 等		

※1開催年度4月1日現在で18歳未満の方は記入してください。

※2差し支えがなければ御記入ください。

注1)この票は、1人につき1部作成してください。

注2)今回取得した個人情報につきましては、教室開催以外の目的には使用しません。