

スペシャルオリンピックス「水泳」コーチクリニック開催のお知らせ

- ねらい スペシャルオリンピックス（以下、SOと略）では、アスリートと楽しく安全にスポーツをするために、競技種目やスペシャルオリンピックス活動についての知識を学ぶ「コーチクリニック」を行っています。今回は、「水泳」のコーチングと活動内容、アスリート理解（障害の理解）や配慮・注意点等について学びます。プログラムに参加されている方はもちろん、活動の経験がない方やアスリートと一緒にスポーツをしてみたい方、活動自体に興味関心のある方など、是非ご参加ください。
- 日時 **平成30年10月21日（日）** 10:00-17:00（9:50から受付）
- 会場 豊平公園温水プール 札幌市豊平区美園6条1丁目1
- 主催 スペシャルオリンピックス日本・北海道（SON北海道）
- 参加対象 SOの活動に興味があり、自分が出れる範囲で参加して頂ける方。
*ボランティア経験のない方、スポーツが得意ではない、水泳が初めての方でも参加出来ます。
- 参加費 無料（弁当・飲み物等各自持参）*ゴミの持ち帰りにご協力くださいますよう、よろしくお願ひ致します。

7. プログラム

10:00 12:40 13:40 16:30 16:40

受付	講義：ゼネラルオリエンテーション	移動 昼食	講義、実技：競泳	質疑 応答等	修了書授与 閉会等
	アスリート理解 (途中休憩あり)		実技指導、配慮点・注意点指導 (途中、移動あり)		
	担当：田中 豊（SON北海道）		担当：森田 隆信（SON京都）		

*午前のみ午後のみの参加も可能です。どちらかの参加の場合は、参加申し込みの際にその旨を記載してください。

- 申込期限 **10月14日（日）**までに別紙申込書または記載内容を明記の上、E-mailにてお申し込みください。
先着30名とさせていただきます。
- 服装・持ち物 実技：水泳の実技ができる格好（水泳帽は必須です。）
講義：筆記用具 等
施設利用料金580円、ロッカー使用代50円
- 個人情報 当実施要領にて取得する個人情報は、スペシャルオリンピックスにおける活動に限定して使用します。申込みされた方のお名前や連絡、活動写真等は、スペシャルオリンピックス活動啓発のため、広報資料等に掲載させていただく場合がございますのでご了承ください。
- その他 状況に応じて変更がある場合がございます。ご理解ください。また、不明な点がありましたら、下記のお問い合わせ先までお願いします。

スペシャルオリンピックス日本・北海道-札幌地区事務局 担当：林 文也
住所：札幌市中央区南11条西1丁目5-16カサウエスタリア304
Tel.011-215-0661
E-mail:fumiya_hayashi@icloud.com



団体申込用

水泳コーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

団体名		担当者名	
担当者 連絡先	(〒 -)		
	住所		
	電話番号	FAX	

No	氏 名 E-mail	電話番号	役 職 学年・専攻等	該当する箇所に○をお付け下さい
				保険加入
1				加入済・未加入
2				加入済・未加入
3				加入済・未加入
4				加入済・未加入
5				加入済・未加入
6				加入済・未加入
7				加入済・未加入
8				加入済・未加入
9				加入済・未加入
10				加入済・未加入



個人申込用

水泳コーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * □を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	

個人申込用

水泳コーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * □を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	

個人申込用

水泳コーチクリニック参加申込み用紙

※ ボランティア保険加入希望の方は、当日受付します。

年 月 日

氏名	住所	
Tel;	FAX;	E-mail;
勤務先 or 学校	携帯;	携帯 mail;
傷害保険加入状況 * □を、塗りつぶしてください。	会社名: <input type="checkbox"/> ボランティア保険 <input type="checkbox"/> スポーツ安全協会 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 加入していない	