

第1回福岡県障がい者スポーツ大会 個人競技参加申込書

(様式1-4号)フライングディスク

① 選手団名	※市町村、施設、学校等		※事務処理欄 (大会事務局記入)							
			選手団番号		個人番号					
フリガナ			③ 性別	1 男 2 女	④ 生年月日 年齢	大正・昭和・平成				
② 選手氏名						年	月	日	満 歳 (令和4年4月1日現在)	
⑤ 現住所 連絡先	〒		TEL							
			FAX							
⑥ 身体障害手帳	交付手帳	都道府県第 号第 種 級 市(区)				障がい名(手帳記載のとおり全文)				
		障がいの原因となっている傷病名等(脳性麻痺、脳出血、二分脊椎など具体的に)				視覚に障がいのある方のみ記入。矯正できないときは、「不可」に○				
						裸眼	視力	右	左	不可
				矯正後	視力	右	左			
⑦ 療育手帳	有	更新状況(手帳の記載のもとに記入)				無	※知的障がいの内容確認が必要な者は、別添で関係書類を提出すること。			
		更新時期 ()年()月								
⑧ 障がいの分類	1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神									
⑨ 重複障がい	0 なし 1 肢体 2 視覚 3 聴覚・平衡、音声・言語・そしゃく機能 4 知的 5 内部 6 精神									

全国障害者スポーツ大会への出場について確認(オープン参加選手は除く)

⑩ 出場希望	1 あり		2 なし		⑪ 出場経験	1 あり		2 なし	
--------	------	--	------	--	--------	------	--	------	--

⑫ 出場種目	
参加希望種目をアキュラシーおよびディスタンスから1種目を選択し、番号に○印をつけてください。	
【アキュラシー】	
1	ディスリート3 ※オープン種目
2	ディスリート5
3	ディスリート7
自己記録	
(投)	
【ディスタンス】	
4	座位女子(レディース・シティング)
5	座位男子(メンズ・シティング)
6	立位女子(レディース・スタンディング)
7	立位男子(メンズ・スタンディング)
自己記録	
m	cm

⑬ 競技区分	
参加する番号に○印をつけてください。	
1	座 位
2	立 位

⑭ 特記事項	
下記の項目の該当する番号等に○印を付け、必要事項をご記入ください。	
1	特になし
2	左腕で投げる
3	視覚障害を有しているため、音源が必要
4	競技中に車いすを使用
5	競技中に歩行補助杖を使用
6	競技中、投げる時に椅子を使用
7	競技中は使用しないが、 招集から解散までの待ち時間や移動のために車いすを使用
8	聴覚、音声・言語等に障がいのある方で、コミュニケーション手段 (手話通訳・手書き要約筆記)
9	特段の理由により競技場内に同伴する介助者の入場を希望 【介助者氏名: _____】 《その理由・介助内容》

⑮ 申し込みにあたって、チェックをお願いします。チェック欄に✓印を付けてください。

参加申込書類が提出された時点で、下記の掲載について同意があったものとして取扱います。		<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> <p>チェック欄</p>
大会当日は、競技会場にテレビ、新聞報道機関が来場することが予想され、選手の氏名・写真・映像が報道されることがあります。また、競技プログラムや大会ホームページ、福岡県公式YouTube等に障害区分(重複障害を含む)、年齢区分、氏名、所属名、競技中の写真および競技記録等を掲載しますので、あらかじめ御了承のうえお申込みください。		

大会参加同意書

大会参加にあたり、全ての同意事項を確認のうえ、および署名を記載してください。
全ての事項に記載がない場合は、参加が認められませんのでご了承ください。

【同意事項】

- 大会における感染症対策ガイドラインおよび大会主催者の指導や指示を遵守し、新型コロナウイルス感染症などの感染防止に努めます。
- 新型コロナウイルス感染を含むあらゆるリスク、損失においてご利用される選手ご自身による自己責任であることに同意します。
- 新型コロナウイルス感染の疑いや発熱などの症状が認められる場合には参加を辞退します。また、主催者から大会への参加辞退要請があった場合はそれに従います。
- 大会実施後2週間以内に新型コロナウイルスに感染またはその疑いが生じた場合は、お住まいの自治体のガイドラインに基づき、所定の相談機関への連絡と併せ、速やかに大会事務局へ連絡します。
- 大会期間中に発生した事故・傷病・感染症は、自己または保護者の責任において対処します。
- 感染症拡大防止の目的で行政機関に体調チェックシートに記載の個人情報が提供される場合があることに同意します。
- 新型コロナウイルス感染症や自然災害等により、参加者の安全が確保できない場合、大会を中止にする場合があることを同意します。

私は、上記事項に同意し大会に参加します。

令和 4 年 月 日

選手氏名(保護者代筆可)

私は、上記選手の保護者として上記事項に同意し、大会に参加することを承諾します。

保護者名(自署)

※選手のうち、未成年者および知的障がいのある方は、ご記入をお願いいたします。