

有森裕子陸上教室 参加 承認書

ふりがな		性別		生年月日	平成	年	月	日
氏名								
学校名	立			学校	学年		年生	
保護者氏名		電話番号 (緊急連絡先)			-		-	
住所								
留意事項	・教室中の負傷事故等については、主催者の責任を問いません。 ・医師に運動を止められた場合や、体調不良の場合は参加させません。							

上記留意事項を確認の上、本教室に参加することを承諾します。

令和6年 月 日

保護者氏名

印

*当日、必ず持参してください。