



Special  
Olympics  
Nippon  
Tochigi



スペシャルオリンピックス日本・栃木

# 第15回 陸上競技体験と交流会

「スペシャルオリンピックス」とは、知的発達障害のある人たちに、日常的なスポーツトレーニングと、その成果の発表の場である競技会を年間を通して提供し、自立と社会参加を応援する国際的なスポーツ組織です。

2024年8月25日(日) 9:30 ~ 13:00 (9:00~受付)

会場 今市特別支援学校・体育館  
持ち物 体育館シューズ・タオル(必要な方は着替え)  
参加費 無料



当日は、お飲み物とお弁当をご用意いたします。  
陸上プログラムの練習体験と、ゲーム形式の交流会です。  
ご家族ご兄弟でもご参加ください。  
お待ちしております。

- 参加申し込みは 8月 2日 までに下記へ  
SON 栃木 事務局 FAX 028-612-1541  
(キャンセルの際は、お早めにご連絡ください)
- お問い合わせは  
SON 栃木 事務局 TEL 028-612-1540  
当日のご連絡は、090-7186-2231 (柴田)

主催：スペシャルオリンピックス日本・栃木

共催：陸上競技体験と交流会実行委員会

協賛： 国際ソロブチミスト日光 今市ロータリークラブ  
今市きぬロータリークラブ 国際ソロブチミスト鹿沼  
イトランド株式会社

協力： 栃木県立今市特別支援学校 茶道裏千家今市同好会 石戸社中  
NPO法人 はばたき 日光市民活動支援センター

だい かい りくじょう きょうぎ たいけん こうりゅうかい さんか もうしこみ しょ  
第15回 陸上競技体験 と 交流会 の 参加申込書

ほんにん さんか きぼう かた  
① ご本人が、参加をご希望の方

なまえ おとこ おんな さい  
お名前 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) ( 歳 )

れんらくさき でんわばんごう じたく けいたいでんわ た  
ご連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_ ( 自宅 ・ 携帯電話 ・ その他 )

けんこうかんり とうじつあさ けんおん ねが

※ 健康管理のため、当日朝の検温をお願いいたします。

せんにん かいじょ かいぞえ かた きぼう  
※ 専任の介助 ( 介添 ) の方を、ご希望しますか。

きぼう きぼう  
( 希望する ・ 希望しない )

かくしゆこうほうばいたい かおしゃしん しめい けいさい りょうしょう  
※ 各種広報媒体に、顔写真や氏名が掲載されることを、了承いただけますか。

りょうしょう りょうしょう  
( 了承する ・ 了承しない )

つぎそ かぞく さんか きぼう かた  
② ファミリー( 付添いの家族 )として、参加をご希望の方

なまえ おとこ おんな ぞくがら  
お名前 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) ( 続柄 )

いけんとう よう こと けっこう  
ご意見等 ( どの様な事でも結構です。 )

さんか きぼう かた  
③ ボランティアとして、参加をご希望の方

なまえ おとこ おんな さい しょくぎょう  
お名前 \_\_\_\_\_ ( 男 ・ 女 ) ( 歳 ) ( 職業 )

れんらくさき でんわばんごう じたく けいたいでんわ た  
ご連絡先 電話番号 \_\_\_\_\_ ( 自宅 ・ 携帯電話 ・ その他 )

いけんとう よう こと けっこう  
ご意見等 ( どの様な事でも結構です。 )

申し込み先 SON 栃木 事務局 まで

TEL. 028-612-1540 FAX. 028-612-1541

## SON・栃木 陸上競技体験と交流会 メディカルチェック表

実施日 2024年 8月25日(日)

所 属					確認
ふりがな					
アスリート名					
体 温	度 分 (平熱		度 分)		
食 事	済	未	服 薬	済	未 必要なし
排 泄	済	未	睡 眠	良	不調

同意確認	<p>当陸上競技体験と交流会プログラム中の病気やけがは、本人の保険及びスペシャルオリンピックス日本・栃木がかけた保険の範囲内で責任を負うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">スペシャルオリンピックス日本・栃木 会長 高久 和男 様</p> <p style="text-align: center;">2024年 月 日</p> <p>本人氏名： _____ ㊟</p> <p>保護者または親権者名： _____ ㊟</p>				
	*発作、健康状態等、看護師に相談したいことがあれば記入してください。				

ご協力ありがとうございました。

## SON・栃木 陸上競技体験と交流会 メディカルチェック表

実施日 2024年 8月25日(日)

所 属					確認
ふりがな					
アスリート名					
体 温	度 分 (平熱		度 分)		
食 事	済	未	服 薬	済	未 必要なし
排 泄	済	未	睡 眠	良	不調

同意確認	<p>当陸上競技体験と交流会プログラム中の病気やけがは、本人の保険及びスペシャルオリンピックス日本・栃木がかけた保険の範囲内で責任を負うことに同意します。</p> <p style="text-align: center;">スペシャルオリンピックス日本・栃木 会長 高久 和男 様</p> <p style="text-align: center;">2024年 月 日</p> <p>本人氏名： _____ ㊟</p> <p>保護者または親権者名： _____ ㊟</p>				
	*発作、健康状態等、看護師に相談したいことがあれば記入してください。				

ご協力ありがとうございました。