

## 2020年度 ワンパク大学 春休みスキーキャンプ 参加についての質問票

参加する お子様の氏名	ふりがな	<b>★参加するキャンプに○をつけてください</b> ( ) あそびむしスキーキャンプ 2021.3.20~3.22 ( ) ワンパクススキーキャンプ 2021.3.26~3.29
学 年	小学/中学 年 幼児/年中・年長	<b>保護者の同意</b>  保護者・署名 <span style="float: right;">印</span>
キャンプ終了後児童報告書受取方法について 資源保護のためにも出来るだけメールでの送付をお願い しています。郵送希望の方は以下に○をお付け下さい。 郵便を希望 ( )		※公式LINE アカウントにご登録ください。LINE の無い方は日中に連絡のとりやすい メールアドレスをご記入のうえ、年の為にワンパク大学までメールをお送りください。 <input checked="" type="checkbox"/>
<b>★以下の該当項目に○をつけてください</b>		
宅配便利用 について	( ) 宅配便は利用しない ↓送るものに○をお付け下さい ( ) 往復宅配便を利用する(スキー板・荷物 計 個) ※できるだけ往復便をご利用下さい。 ( ) 往路のみ利用する(スキー板・荷物 計 個) ( ) 復路のみ利用する(スキー板・荷物 計 個)	
レンタルスキー について	( ) 利用します ★身長( ) cm ★体重( ) kg <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">身長、体重、靴のサイズは必ず記入して ください。</span> ★普段はいている靴のサイズ( ) cm ( ) 利用しません⇒スキーセット持参	
スキー歴	( ) まったくはじめて ( ) 2~3度ある ( 日間 回) ( ) 1度だけ ( ) それ以上( 日間 回)	
スキー技術	( ) スキーを履いて歩くことができる ( ) リフトに乗ったことがある ( ) ゆるい斜面で直滑降(まっすぐ滑る)ができる ( ) ゆるい斜面でボーゲン(板をハの字にして)ができる ( ) 中斜面でターンをして降りることができる ( ) パラレルターンができる <b>【ワンパク大学のスキーキャンプ参加経験者のみご記入下さい】</b> 前回のバッチテストの結果( ) 年 月	
下記の質問事項で、該当するものをチェックしてください。 ●キャンプに参加希望をしたのは? <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他( ) ●このキャンプに参加した理由( ) ●キャンプに参加するにあたり本人は? <input type="checkbox"/> 喜んで参加 <input type="checkbox"/> しかたなく参加 <input type="checkbox"/> 参加したがない ●夜中のトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ひとりで行く <input type="checkbox"/> 起こす必要あり( 時頃) <input type="checkbox"/> オムツが必要 ●入浴 <input type="checkbox"/> 一人で体や頭を洗うことができる <input type="checkbox"/> 頭は洗えない <input type="checkbox"/> 一人で洗うことができない ●アレルギーの有無と注意事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【植物・動物(犬・猫・その他 )・皮膚炎・鼻炎・日光・ホコリ・金属】 ※食物アレルギー該当のものに○をつけてください【 卵・乳製品・小麦・そば・落花生・エビ・カニ 】 ※その他の食物アレルギー品目をご記入ください( ) ※アレルギーの注意点、程度をご記入ください( ) ●キャンプ中に体調を崩し医療機関で受診させる場合に事前に電話確認が必要ですか? <input type="checkbox"/> 必ず受診前に確認してください <input type="checkbox"/> 受診の判断は主催者に任せます ●発達について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 特別支援学校に通学 <input type="checkbox"/> 通級 <input type="checkbox"/> その他( ) ●初潮(女子のみ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 年 月)		
●健康面・生活面で心配な事、日常生活で特に注意している事、カウンセラーがお子様と接する上で注意すべき事や持薬のある方はできるだけ詳しくご記入ください(ぜんそく・皮膚炎等の持病が現在または以前にあった方はその由を必ずご記入ください)		