

「障がい児・者運動導入教室」募集実施要領

1 事業目的

障がい児の障がい状況、成長、生活環境等に合わせて、さまざまな遊びを通して体を動かし、スモールステップで成功体験を経験します。

また、スポーツや日常生活につながる動作獲得を習得し、それぞれが取り組みたいことへの発見や挑戦につなげ、積極的なスポーツ活動をとおして社会参加・自立・復帰を促進することを目的とします。

2 主催

福島県、公益財団法人福島県障がい者スポーツ協会

3 共催

(一社) 福島県理学療法士会、(一社) 福島県作業療法士会

福島市会場：福島市、福島市スポーツコミッション

郡山市会場：郡山市、郡山市障害者福祉センター

4 協力ほか

福島市スポーツ振興公社

5 対象者

福島県内にお住まいの障がい児・者とその家族等

障がい児・者で、運動経験が少ない。運動をしたいけれど、どこでどうしたらいいの？

ご家族、友人、知人などが、障がい受傷間もなく、外へ出るきっかけにしたい。体力をつけたい等、それぞれの状況に対応します。

6. 開催日程一覧

開催日	会場/時間
郡山地区 毎週木曜日	郡山市障害者福祉センター体育室（郡山市香久池 1-15-15） 実施時間 18 時 00 分～20 時 30 分
郡山地区 毎月第一日曜日	郡山市障害者福祉センター体育室（郡山市香久池 1-15-15） 実施時間 13 時 00 分～16 時 30 分
福島地区	福島トヨタクラウンアリーナ（福島市仁井田字西下川原 41-1） 実施時間 18 時 00 分～20 時 30 分 隔週木曜日または金曜日 ※詳細はお申込み後にお送りします。

7. 講師

運動導入教室コーディネーター 村上光輝氏（公財）福島県障がい者スポーツ協会
運動導入教室アドバイザー 橋本大佑氏（一社）コ・イノベーション研究所
障がい者スポーツ指導者 増子千景氏（郡山会場） 伊達孝浩氏（福島会場）
福島県理学療法士会 理学療法士 渡邊哲朗氏 理学療法士 遠藤康裕氏
福島県作業療法士会 作業療法士 澄川幸志氏

8. 実施内容

障がい児・者には、それぞれの障がい状況に配慮し、個別に対応します。

9. 参加申し込み

参加希望者は、別紙申込書または本実施要領最終ページにある QR により申し込みをしてください。お申込みは年間を通して受付をしておりますので、ご不明な点があればお問い合わせください。

なお、申し込み多数の場合は、感染症予防のため参加日を分ける等の調整をさせていただく場合があります。その際は、ご連絡いたします。

10. 参加申し込み期間

年間を通して随時受け付けていますが、申し込みが30名を超える場合は、新規受付を一旦停止する場合があります。

11. 参加方法について

お申込み後、個別に対応させていただきます。

12. スポーツ傷害保険

主催者で一括加入します。

13. お申込みに関する注意事項

- ※1 その方にあったプログラムを考え実施します。参加者、ご本人（ご家族）の目的を達成するために、途中の評価をしながら、一つずつ課題をクリアしていきます。プログラムの継続・更新については、目標達成状況をみながら決定します。
- ※2 医師から運動を禁止されている方のお申込みはできません。
- ※3 お申込みに記載されております個人情報、（公財）福島県障がい者スポーツ協会にて厳重に保管・保存（5年間）いたします。5年を経過いたしましたら個人情報が漏洩しないよう適切な処理（裁断）を行い破棄いたします。

※4 各種感染症予防対策にご協力ください。

14. 申し込み二次元バーコード



15 問い合わせ先

ご不明な点がございましたら、下記まで遠慮なくご連絡ください。

〒960-8670 福島市杉妻町2-16

福島県文化スポーツ局スポーツ課内

公益財団法人福島県障がい者スポーツ協会 増子まで

電話024-521-8042 FAX024-521-7879

メール fsad2011@gmail.com

【運動導入教室 参加申し込み書】

ふりがな		生年月日	年齢	性別	身長／体重
お名前		(西暦) 年 月 日			cm kg
保護者 お名前			保護者は当日一緒に参加しますか？ 参加する ・ 参加しない（一時帰宅等）		
参加地区	福島地区		郡山地区		
住 所	〒				
本人（保護 者）連絡先 電話番号			緊急時連絡先 保護者または同居家 族の連絡先電話番号	お名前 連絡先	
メールアドレス					
障害等級	種 級		血 液 型		
障害名			A ・ B ・ AB ・ O Rh (+ ・ -)		
* 障害状況などで、配慮すべき点があれば記載してください。					
今回、運動導入教室に申し込みをしようと思った理由をお聞かせください					
既往歴等 該当者は <input type="checkbox"/> に <input checked="" type="checkbox"/>	心疾患 <input type="checkbox"/>		血友病 <input type="checkbox"/>		
	高血圧 <input type="checkbox"/>		消化器系疾患 <input type="checkbox"/>		
	糖尿病 <input type="checkbox"/>		難聴・補聴器使用 <input type="checkbox"/>		
	てんかん <input type="checkbox"/> （最終発作日 ）		血液感染症 <input type="checkbox"/>		
	ぜんそく <input type="checkbox"/> （最終発作日 ）		アレルギーの有無（あれば下記に記載）		
排泄時の介助有無 あり なし					
装具着用の有無 あり なし					
装具名称：					
装着部位：					
服薬状況	薬剤名、回数・時間、服薬方法等				

【運動導入教室（指導者、ピア、ボランティア）参加申請書】

ふりがな		②生年月日	③年齢	④性別
①お名前		(西暦) 年 月 日		
⑤住所	〒			
⑥ 本人連絡先 電話番号		⑦緊急連絡先 ※連絡先は、連絡が可能な人（本人以外）を記載 続 柄 連絡先電話		
⑧メールアドレス	※携帯電話メールアドレスの場合、fsad2011@gmail からのメールが受信できるように設定してください。			
⑨障がいがある場合は、下記に情報を記載してください。				
障害等級	種	血 液 型		
障害名	級	A ・ B ・ AB ・ 0 Rh (+ ・ -)		
* 障害状況などで、配慮すべき点があれば記載してください。例) 手話通訳、筆談対応お願いします。等				
以下、A B のいずれかを○で囲んでください。また、福島会場、郡山会場のどちらに参加するかを○で囲んでください。(福島会場 / 郡山会場)				
A 指導者 パラスポーツ体験、サポート方法、当事者と一緒にスポーツを楽しむほか、パラスポーツの指導に関する専門的な実践指導方法を提供します。				
B ピア				
C ボランティア パラスポーツの体験、サポート方法を学びながら、当事者と一緒にスポーツを楽しみます。スポーツルーターズ等、すでにボランティア団体において活動されている方は、下記に団体名を記載してください。				