（様式３）

第9回全国知的障害特別支援学校高等部サッカー選手権2023「安全資料」（個別）

安心、安全な大会にするため、健康状態・既往歴等での選手全員の資料提出にご協力ください。

　※この用紙は、個別に配慮が必要な選手用です。

令和５年度の健康診断による資料

学校名：

記載者氏名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日

障害名：

|  |  |
| --- | --- |
| 学校検診による異常等の有無 | 有　・　無 |
| 　有の場合その状況と対応について |  |
| 運動に関連する制限の有無 | 有　・　無 |
| 　有の場合その状況と対応について |  |
| 障害に関連する配慮の有無 | 有　・　無 |
| 　有の場合その状況と対応について |  |
| その他配慮を大会本部希望すこと |  |

令和　　年　　月　　日

○○○○○特別支援学校長　○○　○○

（様式３-２）

第9回全国知的障害特別支援学校高等部サッカー選手権2023「安全資料」（複数名）

安心、安全な大会にするため、健康状態・既往歴等での選手全員の資料提出にご協力ください。

　※この用紙は、特に配慮が必要の無い複数選手用です。

以下の選手は、令和５年度の健康診断による異常等が認められませんでした。

・学校検診による異常

・運動に関連する制限

・障害に関連する配慮

・その他配慮を大会本部に希望すること

令和　　年　　月　　日

* ○○○○特別支援学校長　○○　○○

記載者氏名：○○　○○

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：

選手氏名：

生年月日：平成　　年　　月　　日生まれ

障害名：