

知的・発達障害児のための バスケットボール 教室



日 付

- ①2024年11月10日(日)・17日(日)
- ②2024年12月8日(日)・15日(日)
- ③2025年1月12日(日)・19日(日)
- ④2025年2月2日(日)・9日(日)
- ⑤2025年3月9日(日)・16日(日)

※2日間で1セットのプログラムです



時 間

- ①②③ 10:00～10:45
- ④⑤ 13:00～13:45



対 象

中学生・高校生（12歳～18歳）



開催場所

- ① 横浜ラポール メインアリーナ
- ②～⑤ ラポール上大岡 体育室



内 容

個人スキル（パス・ドリブル・シュート）の
基本技術獲得を目指す

※詳しくは裏面の開催要項をご確認ください

知的・発達障害児のための バスケットボール教室 【開催要項】



日にち	①2024年11月10日（日）、17日（日） ②2024年12月8日（日）、15日（日） ③2025年1月12日（日）、19日（日） ④2025年2月2日（日）、9日（日） ⑤2025年3月9日（日）、16日（日） ※2日間で1セットのプログラムです
時 間	①②③ 10:00～10:45 ④⑤ 13:00～13:45
場 所	① 横浜ラポール メインアリーナ ②～⑤ ラポール上大岡 体育室
対 象	中学生・高校生（12歳～18歳）
参加条件	①コーチやスタッフの指示に従って集団行動ができる方 ②常時、保護者が付き添わなくてもコート内に入れること ③療育手帳(愛の手帳)または精神障害者保健福祉手帳(発達障害)を持っている方、またはそれに準ずる方
申込方法 申込期間	参加申し込み用紙に記入し、横浜ラポールまたはラポール上大岡に直接提出、郵送、FAXにてお申し込みください。 各回、初回開催日の2週間前まで
定 員	15名程度 ※申し込み多数の場合は抽選とさせていただきます。 各回開催1週間前までに通知いたします。
参加費	無料
持ち物	・運動しやすい服装・室内用運動靴・タオル ・水分（水筒やペットボトルなどフタがついているもの）
注意事項	申込後のキャンセルは事前に連絡をお願いします。 プログラム中のけが等については応急処置のみとなります。 社会情勢等により中止または内容が変更になる場合がございます。

【問い合わせ】

障害者スポーツ文化センター 横浜ラポール
バスケットボール教室担当

電話:045-475-2050 Fax:045-475-2053

「バスケットボール教室（知的・発達障害）」参加申込書

★私は、体調の自己管理に十分配慮し、バスケットボール教室に参加します。

署名

申し込みされる月	①11月 ②12月 ③1月 ④2月 ⑤3月				
	ご希望の月に○をつけてください 複数月申し込みも可				
フリガナ				性別	男・女
氏名				年齢	歳
登録カード番号 (お持ちの方のみ)	横浜ラポール ・ ラポール上大岡(下4ヶタ)			生年月日	20 年 月 日
住所	〒 -				
スポーツ歴	バスケット経験はございますか？(体育の授業以外) → はい いいえ はいと答えた方は所属先を教えてください。過去に実施していた場合も記載をお願いします。 ()				
連絡先	TEL () FAX ()		※緊急連絡先 TEL ()		
障害名	障 害		障害の原因になった病気など		
障害者手帳の有無について	知的(B2 B1 A2 A1) 精神(級) 手帳なし 手帳がなく証明書がある方は○をつけてください (受給者証 ・ リハセンター利用証明書 ・ 特別支援教育在籍証明書)				
運動実施上の留意点・禁忌など	なし あり()				
撮影について	記録用に写真やビデオ撮影をさせていただくことがあります。ご了承いただけますか？ はい いいえ				

*この個人情報は、当センター事業の目的以外で使用することはありません。