

# こどものぜん息水泳教室

水泳を通して呼吸機能の改善を目指します。仲間と一緒に楽しく泳いで、体力づくりをしませんか。

## 水泳教室3つのポイント♪

- 豊島区水泳連盟所属のベテラン指導員による、泳力に応じたグループ制実習です。
- 小児科医師と看護師が常時待機し、お子様の健康管理を行いますので安心です。
- ぜん息に関する学習会のほか、保護者向けの講座や個別相談も行います。

SDGs 未来都市としま



豊島区は持続可能な開発目標 (SDGs) を支援しています。

<b>スケジュール</b> 全17回 ・水泳実習は約1時間。 8月はぜん息学習会を併せて実施予定です。	6月3日、10日、17日 / 7月1日、8日、22日	月曜 16:30～18:00
	8月5日、19日	月曜 15:30～18:00
	9月2日、9日 / 10月7日、21日 / 11月11日、18日 / 12月2日、9日、16日	月曜 16:30～18:00

**対象** ぜん息等の症状をもつ区内在住の新年長児から新中学3年生 (定員50名)

**会場** 雑司が谷体育館  
住所／豊島区雑司が谷3-1-7 千登世橋教育文化センター3・4階

**参加費用** 無料 (ただし、更衣室のロッカー代は自己負担)

- 申込方法**
- ① 以下の二次元コードから登録フォームにアクセスしてお申し込みください。または、裏面の参加申込書(コピー可)に必要事項を記入のうえ、郵送または窓口でお申し込みください。
  - ② 申込書受付後に主治医意見書の用紙をお送りします。かかりつけの医療機関へお持ちください (意見書作成料は区負担)。
  - ③ 医療機関から区へ届いた意見書をもとに、参加の可否を5月下旬までにお知らせします。

**申込期限** 4月22日 (月曜)  
定員に満たない場合は、期限を過ぎた後も途中参加が可能です。お問い合わせください。

- 注意事項**
- ・小学生以下のお子様の場合、保護者の方に会場までの送迎をお願いしています。
  - ・定員を上回る応募があった場合は、選考させていただきます。
  - ・やむを得ない事情により、中止または内容を変更する場合があります。



**参加保護者の声**

同じぜん息の子や保護者と交流が持てるので、とても良い機会でした。

苦手意識のあった運動ですが、水泳をきっかけに色々なことに自信がついたようです。

子どもだけでなく、親もぜん息の知識を深めることができました。

**参加したお子さんの声**

学校よりも丁寧に教えてくれて上手に泳げるようになりました。

**申込み・問い合わせ窓口**

豊島区 地域保健課 公害保健グループ

**☎ 03-3987-4220**

〒170-0013 豊島区東池袋4-42-16池袋保健所2階



登録フォーム

◆ 環境再生保全機構は、豊島区が実施する「こどものぜん息水泳教室」をサポートしています。

令和6年度

# こどものぜん息水泳教室 参加申込書

ふりがな		身長・体重	生年月日	新学年
参加者名	男・女	cm kg	平成 年 月 日生 令和	幼稚園・保育園の年長 小学 中学 年
ふりがな		緊急連絡先 電話番号	自宅・携帯 ( )	
保護者名			子との関係 ( )	
住所	〒( ) ( ) ( )			

水泳指導の参考にしますので、保護者の方が以下の項目についてご記入ください。

1. お子様は泳げますか? 該当する□にチェックをして、( )内にご記入ください。

泳げる。どの程度泳げますか?

①クロール( )m ②平泳ぎ( )m ③背泳ぎ( )m ④バタフライ( )m

けのびバタ足なら泳げる。( )m

泳げない。以下の①~④の該当する項目に○をつけてください。

- |                  |           |           |
|------------------|-----------|-----------|
| ①水をこわがりますか?      | ア. こわがる   | イ. こわがらない |
| ②水を顔につけられますか?    | ア. つけられない | イ. つけられる  |
| ③水中で目を開けられますか?   | ア. 開けられない | イ. 開けられる  |
| ④プールの底から足を離せますか? | ア. 離せない   | イ. 離せる    |



2. 参加にあたり、注意してほしいことや伝えておきたいことがあればご記入ください。

( )

3. 以前当該水泳教室に参加したことがありますか。

はい  いいえ

## 保護者様

水泳教室中にケガなどの緊急対応として、同行医療スタッフおよび、搬送先医療機関等の判断により、緊急の処置を必要とする場合があります(輸血等を含む)。

上記の医療行為について同意していただくことを、水泳教室の参加の条件としております。緊急時には、ご本人の健康と安全を優先し対応していくため、保護者の方による同意書の記入をお願いいたします。

また、健康管理に使用したデータは個人を特定しない形で医療スタッフの教育に活用させていただく場合がありますので、ご了承ください。

### 同意書

豊島区地域保健課  
公害保健グループあて

こどものぜん息水泳教室参加にあたり、

- 同行医療スタッフおよび搬送先医療機関の判断による医療行為(輸血等を含む)
- 個人を特定しない形でのデータの活用について同意いたします

記入日 令和 年 月 日 参加者氏名( ) 保護者氏名( )

## 保護者様

当事業では、教室の様子を対象者やご家族へお知らせし、実施内容をより理解いただくことを目的として、事業風景を写真撮影し広報に利用します。つきましては、写真撮影及び掲載についてご承諾いただきますようお願いいたします。

■掲載場所(予定) ・区ホームページ ・広報としま ・参加者配布のしおり 等

### 写真撮影及び掲載承諾書

豊島区地域保健課公害保健グループあて

(以下のいずれかを○で囲んでください)

- 写真撮影及び掲載に承諾します
- 写真撮影及び掲載に承諾しません

記入日 令和 年 月 日 参加者氏名( ) 保護者氏名( )