

トレイル オリエンテーリング 大会

inしあわせの村



令和4年 **11月13日** ⑩ 13:00~



場 所 しあわせの村 たんぽぽの家付近

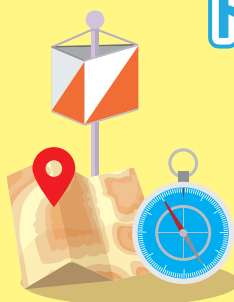
参加費 無料

募集人数 50組(先着順、定員になり次第終了)

申込期限 10月26日(水) **必着**

※雨天の場合午前10時に障害者スポーツ振興センターHPでお知らせします。

トレイルオリエンテーリングとは??



- 地図とコンパスを頼りに決められたコースを歩き、途中ポイントとなる位置から見える複数の標識(フラッグ)の中から、**地図とコンパスを用いて正しい位置の標識を見つけ出します。**
- ゴールまでの時間を競うのではなく、**正しい位置の標識を何個選択できたか(ポイント)を競います。**
- 競技中に移動できるルートは、車いすが通行できる道のみを使用する為、**健常者と車いす使用者が共に同じコースで競うことができるスポーツ**となっています。

参加資格

- ① 神戸市内に在住、在勤し身体障害者手帳、療育手帳または精神障害者保健福祉手帳、自立支援医療(精神通院)受給者証のいずれかを所持する者
- ② 市内の盲・視覚・聴覚特別支援学校・養護(特別支援)学校または、特別支援学級に在籍する者
- ③ 就学前のお子様のご参加に限り、療育センターまたは児童発達支援センターに通所している者また、その診断を受けた者

参加種目

- ① **個人** 人：中学1年生以上、お1人で行動のできる方
- ② **グループ**：年齢制限なし 2名~5名を1グループ **※参加資格を有する者が1名以上を含むこと**

申込方法

- ① **申込書**：申込用紙に記入の上、障害者スポーツ振興センターへ提出(郵送またはFAX可能)
- ② **ホームページ**：「障害者スポーツ振興センター」の申込専用ページから。

トレイルオリエンテーリング大会参加申込書

Webからでも
お申込みできます

下記内容をご確認のうえ、お申し込みください。

- ① 兵庫県・神戸市において新型コロナウイルスの感染が拡大した場合は、イベントを中止する場合がございます。(ホームページにてお知らせいたしますので、必ずご確認ください)
- ② 新型コロナウイルス感染拡大防止対策(検温・手指消毒など)にご協力のうえご参加ください。
※当日の検温により、参加をご遠慮いただく場合がございます。ご了承ください。
- ③ 当日の傷害、疾病、事故等については、応急手当以外は主催者において一切責任を負いません。
健康と安全については各自十分注意してください。



個人参加 お一人で行動できる方に限る、参加資格を有する者

| | | | |
|--------------|---|---------------|--|
| チーム名 | | | |
| ふりがな | | | |
| 参加者名 | 歳(学年:) | | |
| 保護者氏名 連絡先 | TEL () - | ※参加者が未成年の場合記入 | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL () - | FAX () - | |
| | E-Mail | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |

グループ参加 ※主催者からのご連絡は代表者のみにお送りさせていただきます。

| | | | |
|--------|---|-----------|--|
| チーム名 | | | |
| ふりがな | | | |
| ①代表者氏名 | 歳(学年:) | | |
| 現住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | TEL () - | FAX () - | |
| | E-Mail | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |
| ②氏名 | 歳(学年:) | | |
| 連絡先 | TEL () - | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |
| ③氏名 | 歳(学年:) | | |
| 連絡先 | TEL () - | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |
| ④氏名 | 歳(学年:) | | |
| 連絡先 | TEL () - | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |
| ⑤氏名 | 歳(学年:) | | |
| 連絡先 | TEL () - | | |
| 障害の種類 | <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体(車いす <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください | | |

問い合わせ先 (社福)神戸市社会福祉協議会 障害者スポーツ振興センター

〒651-0086 神戸市中央区磯上通3丁目1-32こうべ市民福祉交流センター4階

TEL(078) 271-5330 FAX(078) 271-5367 Mail:office@kobesad.jp

<http://www.kobesad.jp>