

「ピラティス教室」

(H30年度)



**初心者大歓迎！！(無料体験あり)
特に女性に人気の教室です。**

ピラティスとは・・・

ドイツ人「ジョセフ・H・ピラティス氏」が、負傷した兵士のリハビリテーションのために開発したエクササイズです。

ヨガ、太極拳、ボクシング、体操などの要素を取り入れ考案されています。深い呼吸を用いながらストレッチを中心とした動きで、身体の奥の筋肉をしなやかに丈夫に鍛える運動です。負担が少なく動きが緩やかなため、幅広い年齢層で行えます。

日 時：火曜日コース 10:30~11:30

金曜日コース 10:30~11:30

場 所：光市総合体育館 会議室

募集人員：各曜日コース 20名

参加費：各曜日コース 2000円/月4回

(別途年度初回のみ光市スポーツ安全会加入金100円徴収)

申込先：光市総合体育館

0833-72-9100



「ピラティス教室」

(H30年度)

参加者募集

ドイツ人「ジョセフ・H・ピラティス氏」が、負傷した兵士のリハビリテーションのために開発したエクササイズです。

ヨガ、太極拳、ボクシング、体操などの要素を取り入れ考案されています。深い呼吸を用いながらストレッチを中心とした動きで、身体の奥の筋肉をしなやかに丈夫に鍛える運動です。

負担が少なく動きが緩やかなため、幅広い年齢層で行えます。



対 象 : 18歳以上の健康な男女

日 時 : **火曜日**コース 10:30~11:30

金曜日コース 10:30~11:30

※日程については裏面に記載

会 場 : 光市総合体育館 会議室

定 員 : 各曜日コース 20名(先着順)

持 参 品 : 運動のできる服装・タオル・水分補給用の飲料水

(飲料水はペットボトル、スクイズボトル等蓋のあるもの)

参 加 費 : 各曜日コース 2000円/月4回

(※1500円/月3回、2500円/月5回の場合あり)

※別途、年度初回のみ光市スポーツ安全会会費100円を徴収します。

※毎月教室初日に体育館窓口にお支払ください。

《お願い》キャンセル待ちの方の為に、参加キャンセルの連絡は早めをお願いいたします。毎月教室初日の前日までにキャンセルの連絡がない場合はその月の参加費をいただきます。

(お休みされる月も参加費をいただきますのでご注意ください。)

申 込 先 : 光市総合体育館 TEL 0833-72-9100

※ 教室中の安全については配慮しますが、万一の事故の場合は光市スポーツ安全会(見舞金支給)の範囲内で対応いたします。その後の処置については、自己の責任において対処して下さい。

※ 教室中は、自己の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

ピラティス教室 日程表

2018/4月教室

月	火	水	木	金	土	日
						1
2	3 ★	4	5	6 ●	7	8
9	10 —	11	12	13 ●	14	15
16	17 ★	18	19	20 ●	21	22
23	24 ★	25	26 休館日	27 ●	28	29 祝昭和の日
30 祝振替休日						

2018/5月教室

月	火	水	木	金	土	日
	1 ★	2	3 祝憲法記念日	4 祝みどりの日	5 祝こどもの日	6
7	8 ★	9	10	11 ●	12	13
14	15 ★	16	17	18 ●	19	20
21	22 ★	23	24 休館日	25 ●	26	27
28	29 ★	30	31			

2018/6月教室

月	火	水	木	金	土	日
				1 ●	2	3
4	5 ★	6	7	8 ●	9	10
11	12 ★	13	14	15 ●	16	17
18	19 ★	20	21	22 ●	23	24
25	26 ★	27	28 休館日	29 ●	30	

2018/7月教室

月	火	水	木	金	土	日
						1
2	3 ★	4	5	6 ●	7	8
9	10 ★	11	12	13 ●	14	15
16 祝海の日	17 ★	18	19	20 ●	21	22
23	24 ★	25	26 休館日	27 ●	28	29
30	31 ★					

2018/8月教室

月	火	水	木	金	土	日
		1	2	3 ●	4	5
6	7 ★	8	9	10 ● スポ公	11 祝山の日	12
13	14 —	15	16	17 ●	18	19
20	21 ★	22	23 休館日	24 ●	25	26
27	28 ★	29	30	31 ●		

2018/9月教室

月	火	水	木	金	土	日
					1	2
3	4 ★	5	6	7 ●	8	9
10	11 ★	12	13	14 ●	15	16
17 祝敬老の日	18 ★	19	20	21 ●	22	23 祝秋分の日
24 祝振替休日	25 ★	26	27 休館日	28 ●	29	30

2018/10月教室

月	火	水	木	金	土	日
1	2 ★	3	4	5 ●	6	7
8 祝体育の日	9 ★	10	11	12 ●	13	14
15	16 ★	17	18	19 ●	20	21
22	23 ★	24	25 休館日	26 ●	27	28
29	30 ★	31				

2018/11月教室

月	火	水	木	金	土	日
			1	2 ●	3 祝文化の日	4
5	6 ★	7	8	9 ●	10	11
12	13 ★	14	15	16 ●	17	18
19	20 ★	21	22 休館日	23 祝勤労感謝の日	24	25
26	27 ★	28	29	30 ●		

2018/12月教室

月	火	水	木	金	土	日
					1	2
3	4 ★	5	6	7 ●	8	9
10	11 ★	12	13	14 ●	15	16
17	18 ★	19	20	21 ●	22	23 祝天皇誕生日
24 祝振替休日	25 ★	26	27 休館日	28 休館日	29 休館日	30 休館日
31 休館日						

2019/1月教室

月	火	水	木	金	土	日
	1 祝元旦	2 休館日	3 休館日	4 休館日	5	6
7	8 ★	9	10	11 ●	12	13
14 祝成人の日	15 ★	16	17	18 ●	19	20
21	22 ★	23	24 休館日	25 ●	26	27
28	29 ★	30	31			

2019/2月教室

月	火	水	木	金	土	日
				1 ●	2	3
4	5 ★	6	7	8 ●	9	10
11 祝建国記念の日	12 ★	13	14	15 ●	16	17
18	19 ★	20	21	22 ●	23	24
25	26 ★	27	28 休館日			

2019/3月教室

月	火	水	木	金	土	日
				1 ●	2	3
4	5 ★	6	7	8 ●	9	10
11	12 ★	13	14	15 ●	16	17
18	19 ★	20	21 祝春分の日	22 ●	23	24
25	26 ★	27	28 休館日	29 ●	30	31

「ピラティス教室」申 込 書

(H30年度)

氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日 (才)
住所	〒		
TEL	自宅	・ 携帯電話 ※携帯電話をお持ちの方は、必ず両方記入してください。	
希望曜日	<p style="text-align: center;">火曜日コース ・ 金曜日コース</p> <p style="text-align: center;">※希望の曜日に○をつけてください。</p>		
経験	<p>今までの、ピラティス・ヨーガの経験を教えてください。</p> <p>◎種類 (ヨーガ・ピラティス等) 『 』</p> <p>◎期間 『 』</p> <p>◎場所 『光市総合体育館 ・ その他 ()』</p>		

※教室中の安全には配慮しますが、万一の事故の場合は光市スポーツ安全会 (見舞金支給) の範囲内で対応致します。その後の処置については、自己の責任において対処して下さい。

※教室中は、自己の体力に合わせて、無理のないようにして下さい。

アンケート

Q 1 教室に期待することは何ですか？

{ }

Q 2 【H29年度参加された方】内容についての希望を教えてください。

- ① レベルUPしたい ② レベルKEEPしたい ③最初からやりたい
④ その他 (④と答えた方は下に理由を記入してください)

{ }

Q 3 【H29年度参加された方】教室に参加しての感想は？

{ }

Q 4 その他、何かありましたらお書き下さい。

{ }

問 診 表

- (1) 心臓が悪いと言われたり、心電図に異常があると言われた
ことがありますか？ はい いいえ
- (2) 高血圧症と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (3) 糖尿病と言われたことがありますか？ はい いいえ
- (4) コレステロールまたは中性脂肪が高いと言われたことがあ
りますか？ はい いいえ
- (5) 痛風または尿酸値が高いと言われたことがありますか？ はい いいえ
- (6) 運動中にひどい息切れが出たことがありますか？ はい いいえ
- (7) めまいが起こり、気を失ったことがありますか？ はい いいえ
- (8) タバコを吸いますか？ はい いいえ
- (9) アルコールを飲みますか？ はい いいえ
- (10) これまでに、スポーツに伴うケガ、故障の経験はありますか？ はい いいえ
- (11) 血縁者に、心臓の病気をした方がいますか？ はい いいえ
- (12) 血縁者に、高血圧の方がいますか？ はい いいえ
- (13) 血縁者に、糖尿病の方がいますか？ はい いいえ
- (14) 現在、病院で治療を受けていますか？ はい いいえ
- (15) どのような薬を処方されていますか？ ()
- (16) これまでのスポーツ経験は？
(種目： () 才～ () 才・種目： () 才～ () 才)
- (17) 生まれてから現在までに、何か病気をしましたか？
(() 才～ () 才・ () 才～ () 才)
- (18) その他、気になる事があればご記入ください
()