

バイスキー&スキー体験会

◇ 目的

1. スキーを通じて障がいのあるなしにかかわらず家族、きょうだい、支援者が交流できる場を作る。
2. 立位でスキーを滑る事が難しい方もバイスキーを利用する事で雪山を楽しんでいただく。
3. バイスキーサポート経験がある方はシーズン前に操作の確認や練習をしていただく。

◇ 内容

1. バイスキー、チェアスキー体験
2. 立位スキー講習(障がい者のみ)
3. バイスキーサポート体験、講習
(3はスピードをコントロールしながら周囲の状況を確認しつつ安全にスキー滑走が可能な方)

◇ 主催

長野県身体障害者スキー協会

◇ 協力

公益財団法人長野県障がい者スポーツ協会
長野県障がい者福祉センター「サンアップル」
長野県障がい者スポーツ指導者協議会



◇ 期日

2024年12月29日(日)
午前 10:00~11:45 午後 13:15~15:00

◇ 会場

スノーリゾート「ロマンスの神様」(木島平スキー場)
長野県下高井郡木島平村上木島 3876-2
TEL:0269-82-3434



◇ 対象者

どなたでも参加可能です
(ただし申込多数の場合は障害のある方を優先とさせていただきます)

◇ 参加費

バイスキー体験・立位スキー講習希望の方(午前のみ、午後のみの方は1000円引)
*子供(~6年生) 7300円 *大人(中学生~59歳) 10000円
*シニア(60歳~) 9500円
(ICカード保険料含むリフト券代、保険代、インストラクター費用込み。立位の方は700円引)

リフト券のみの方

*子供(~6年生) 3600円 *大人(中学生~59歳) 6300円
*シニア(60歳~) 5800円
(ICカード保険料含むリフト券代、保険代込み)

※障害者手帳等お持ちの方は500円引となりますので手帳をご持参下さい

※リフト券返却時にICカード保険料500円が返金となります

リフト券なし 保険のみ加入希望の方

*600円

- ◇ その他
 - ・バイスキーの体験について申込多数の場合は、時間の調整をさせていただきます。(午前6名 午後6名)
 - ・レンタルご利用の方は、各自でお手続きをお願いします。
 - ・発熱、かぜ症状のある方は参加を控えていただくようお願いします。
 - ・体験会で撮影した写真や動画は SNS 等に使用させていただく場合があります。掲載不可等ある方はお知らせ下さい。

- ◇ 申込方法 ①申込フォームの QR コードを読み込んでいただき必要事項を入力し送信。



申込フォーム

- ②申込用紙にご記入いただき、サンアップル(担当:太田)宛てに郵送又は FAX でお申し込み下さい。

締切り 12月18日(水)

申込受付担当

長野県身体障害者スキー協会事務局
 中山梨恵子(稲荷山養護学校 中3 中山千宙の母)
 携帯 090-2656-6342



RIEKO.N.321

〒381-0008 長野市下駒沢586
 長野県障がい者福祉センターサンアップル バイスキー体験会担当:太田
 電話：026-295-3442 FAX：026-295-3511



長野県身体障害者スキー協会
 公式 LINE



申込用紙

代表者氏名 _____

障害者手帳等 (該当に○をお願いします) あり ・ なし

住 所 _____

電話番号 (中止等の場合に連絡が取れるもの) _____

あてはまる所に○をお願いします

パイスキー又はチェアスキー体験(1日)	<input type="checkbox"/>	身長 _____ 体重 _____
パイスキー又はチェアスキー体験(午前のみ)	<input type="checkbox"/>	生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パイスキー又はチェアスキー体験(午後のみ)	<input type="checkbox"/>	パイスキー・チェアスキー (ご希望に○をお願いします)
立位スキー講習(障害のある方のみ)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パイスキーサポート体験	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
体験、講習なし リフト券のみ	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保険加入のみ (介助等の付き添いで希望される方)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

参加者

氏名 _____

障害者手帳等 (該当に○をお願いします) あり ・ なし

あてはまる所に○をお願いします

パイスキー又はチェアスキー体験(1日)	<input type="checkbox"/>	身長 _____ 体重 _____
パイスキー又はチェアスキー体験(午前のみ)	<input type="checkbox"/>	生年月日: 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パイスキー又はチェアスキー体験(午後のみ)	<input type="checkbox"/>	パイスキー・チェアスキー (ご希望に○をお願いします)
立位スキー講習(障害のある方のみ)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
パイスキーサポート体験	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
体験、講習なし リフト券のみ	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
保険加入のみ (介助等の付き添いで希望される方)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

氏名 _____

障害者手帳等 (該当に○をお願いします) あり ・ なし

あてはまる所に○をお願いします

バ이스キー又はチェアスキー体験(1日)	<input type="checkbox"/>	身長_____ 体重_____
バイスキー又はチェアスキー体験(午前のみ)	<input type="checkbox"/>	生年月日: 昭和・平成_____年____月____日
バイスキー又はチェアスキー体験(午後のみ)	<input type="checkbox"/>	バイスキー・チェアスキー (ご希望に○をお願いします)
立位スキー講習(障害のある方のみ)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
バイスキーサポート体験	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
体験、講習なし リフト券のみ	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
保険加入のみ(介助等の付き添いで希望される方)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日

氏名 _____

障害者手帳等 (該当に○をお願いします) あり ・ なし

あてはまる所に○をお願いします

バイスキー又はチェアスキー体験(1日)	<input type="checkbox"/>	身長_____ 体重_____
バイスキー又はチェアスキー体験(午前のみ)	<input type="checkbox"/>	生年月日: 昭和・平成_____年____月____日
バイスキー又はチェアスキー体験(午後のみ)	<input type="checkbox"/>	バイスキー・チェアスキー (ご希望に○をお願いします)
立位スキー講習(障害のある方のみ)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
バイスキーサポート体験	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
体験、講習なし リフト券のみ	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日
保険加入のみ(介助等の付き添いで希望される方)	<input type="checkbox"/>	○の方 生年月日:昭和・平成_____年____月____日