

令和元年6月11日

保護者の皆様

愛媛県PTA連合会 会長 行天 雅史

愛媛県PTA連合会防災活動研修事業

～ 親子防災キャンプ in 宇和島市立吉田中学校 ～

参加募集について

- 【事業目的】 ○ 平成30年7月豪雨の甚大な被害からの復興の状況を直接感じ取ることで、自分たちができることを考える機会とするとともに、防災・減災のために事前に備え、行動する能力を高める。
- 被災地の人々と一緒に過ごして交流を深めることで、被災地の人々と共感しながら生きていくための資質や能力を育成する。
- 本事業で得た思いや知識を愛媛県内の中学生と分かち合うことで、被災地の人々と県内中学生との橋渡し役を担うとともに、参加中学生の主体性を大切にしながら、自立を支援する。
- 【主催】 愛媛県PTA連合会
- 【後援】 愛媛県教育委員会 愛媛県小中学校長会（申請予定）
- 【募集対象者】 愛媛県内在住で愛媛県PTA連合会に所属している中学校在籍の中学生
- 【募集人数】 ご家族20組程度（参加希望者多数の場合は、抽選により選考いたします。）
- ※ 中学生とそのご家族でご参加ください。（保護者同伴）弟及び妹については、小学校4年生以上のみ可。**
- 【行程概要】 令和元年8月10日（土）～11日（日） 1泊2日
- ※現地の状況等により行程が変更する場合がありますのでご了承ください。
- 8月10日 宇和島市立吉田中学校集合（9:30頃）、事前学習会、昼食、地元の方々（中学生、保護者）との交流会、復興現場視察、防災宿泊体験学習（夕食づくり、寝床づくり）
- ※宿泊は、吉田中学校体育館（段ボールベット）となります。
- 8月11日 朝食づくり、自衛隊による各種体験活動と炊き出し（昼食）感想文作成・発表、解散式、吉田中学校解散（15:30頃）
- ※同行スタッフとして、愛媛県PTA連合会役員等（女性役員も含む）・医療関係者1名 計10名程度の予定
- 【参加費】 **参加者1名につき、3,000円（例@家族2名の参加だと6,000円）**
- 【準備物等】 ※参加決定者に、後日、詳細な資料（日程・準備物等）をご連絡します。
- 【申込みについて】 お申し込みは、**裏面の【申込み上の注意】をよく読んだ上で**、FAX用紙に必要な事項を記入してお申し込みください。
- 【参加決定】 参加・不参加の決定は、愛媛県PTA連合会事務局から7月9日（火）までに郵送でお知らせいたします。最終決定は、参加費を指定日までに指定の口座に振り込み確認後とさせていただきます。指定日までに参加費の振り込み確認ができない場合は、参加決定を取り消させていただきます。
- 【問合せ先】 本事業についてのお問い合わせは、
愛媛県PTA連合会事務局 TEL(089) 963 - 4237 9:00～17:00まで
お願いいたします。土日月曜日は事務局不在で対応できませんので、ご了承ください。

【申込み上の注意】

- 被災地・復興現場の見学や交流活動、宿泊を伴う防災体験活動などが中心となります。本事業の目的を十分にご理解の上、お申し込みください。
- 8月10日（土）から8月11日（日）までの全日程参加可能を条件にお申し込みください。現地集合・現地解散です。また、参加者全員に1200字程度のレポートも提出（9月1日締切）していただきます。（報告書作成のため）
- 医療関係者も同行しますが、健康面や体力面で不安がある人は応募をご遠慮ください。
- 〆切りを令和元年6月25日（火）17:00 必着とさせていただきます。

送付先:愛媛県PTA連合会 事務局(FAX 089-963-4231)

愛媛県PTA連合会防災活動研修事業

～親子防災キャンプ in 宇和島市立吉田中学校～

参加申込書

参加中学生氏名	ふりがな	性別		参加申込者 (ご家族用記入欄)	年齢 ()
学校名 (学年・組)	中学校	年	組		年齢 ()
保護者名	ふりがな				年齢 ()
連絡先 (携帯等)					年齢 ()
住所	〒				※ご家族の参加人数が4名を超える場合は、余白又は別紙に記入してFAXしてください。
					参加合計人数 名

【参加の動機を書いてください。参加者直筆でお願いします。（保護者の方もお願いします。）】

【確認及び同意事項】 個人情報とは本事業に使用するのみとし、主催者は関係法令を遵守いたします。主催者が参加者リストを作成する場合は、必要項目のみで作成します。主催者は個人情報における重要事項等を厳重に管理いたします。参加中に撮影した写真や感想文などを、主催者が愛媛県PTA連合会企画事業やホームページ・冊子等に使用する場合、それを承諾いたします。申込者及びその保護者は、その他記載事項を確認・同意したので、署名押印して申込するものとします。

令和元年 月 日

愛媛県PTA連合会長 様

参加生徒氏名 _____

保護者氏名 _____ (印)

※ FAX送信の際に、印影が写るように押印をお願いします。