

สว/เสริม

สพป.ชัยภูมิ เขต 1
เลขรับ <u>28522</u>
วันที่ <u>7 ธ.ค. 2565</u>
เวลา.....น.

ที่ ส.กน.ชย. ๐๓๖๕๕๖๓๐๐๐๙๗๑ / ๑๔๗



สโมสรรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ  
๒๗๗ หมู่ ๒ ต.หนองบัวระเหว  
อ.หนองบัวระเหว จ.ชัยภูมิ ๓๖๒๕๐

๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เชิญชวนสถานศึกษาในสังกัดเข้าร่วมโครงการคลินิกกีฬาสัญจร ครั้งที่ ๒

ประจำปี ๒๕๖๕

- เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาชัยภูมิเขต ๑
- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการจัดกิจกรรม/กำหนดการ จำนวน ๑ แผ่น  
๒. แบบตอบรับ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสโมสรรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ ซึ่งเป็นองค์กรเอกชนนิติบุคคลประเภทบริษัทจำกัด (บจก.) ได้จัดทำโครงการคลินิกกีฬาสัญจรเพื่อพัฒนาทักษะด้านกีฬารวมถึงการฝึกท่าออกกำลังกายเสริมสร้างสมรรถภาพให้นักเรียนมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ โดยการจัดกิจกรรมจะมุ่งเน้นให้นักเรียนได้มีส่วนร่วมเป็นการเสริมสร้างทักษะกีฬาอาทิ ฟุตบอล ตะกร้อ มวยไทย โยคะ และท่าออกกำลังกายแอโรบิก ซึ่งจะดำเนินกิจกรรมตลอดปีการศึกษา

สโมสรรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ จึงขอความร่วมมือมายังท่านได้ประชาสัมพันธ์เชิญชวนสถานศึกษาในสังกัดที่มีความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ ขอให้สถานศึกษาส่งแบบตอบรับโดยกำหนดระยะเวลาเบื้องต้น และหากมีข้อสงสัยกรุณาประสานงานไปยังฝ่ายส่งเสริมกีฬากองกิจกรรมกีฬา สำนักกีฬาและนันทนาการ ดังรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ซึ่งหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดีเช่นทุกครั้งที่ผ่านมา และขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวรมธร โยธาธรรม)

ประธานกรรมการ

บริษัท สโมสรรกีฬาและนันทนาการชัยภูมิ จำกัด

ฝ่ายส่งเสริมกีฬา กองกิจกรรมกีฬา

สำนักกีฬาและนันทนาการ

ผู้ประสานงาน : นายชนพล หล้าอัน โทร. ๐๘-๑๐๗๑-๒๕๑๐

ไลน์ : admindr. เพจ : สโมสรรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ

รูปแบบการจัดกิจกรรม/กำหนดการ  
คลินิกกีฬาสัญจร ครั้งที่ ๒ ประจำปี ๒๕๖๕

\*\*\*\*\*

๑. ฟุตบอล

วิธีการ

- แบ่งช่วงอายุนักกีฬา เพื่อให้เหมาะสมกับทักษะการเล่น
- วิทยากรแนะนำ และเริ่มฝึกทักษะต่าง ๆ
- ให้นักกีฬามีส่วนร่วมทุกคนที่เข้าร่วมการฝึก

ขั้นตอน

- ฝึกทักษะพื้นฐาน
- กติกาต่าง ๆ
- เทคนิคการเล่น

ระยะเวลา

- 3 ชั่วโมง

\*\*\*\*\*

กำหนดการเช้า/บ่าย

คณะวิทยากร เดินทางถึงโรงเรียน

- ผู้บริหาร กล่าวต้อนรับ / แนะนำบุคลากร

- แนะนำคณะวิทยากร

- รับชม VTR แนะนำสโมสรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ

ฐานกิจกรรมที่ ๑ ฝึกทักษะพื้นฐาน เทคนิคการเล่น

สรุปกิจกรรม

- ผู้บริหาร กล่าวขอบคุณ / มอบของที่ระลึก

- บันทึกภาพร่วมกัน / เสร็จกิจกรรม

เดินทางกลับ

เวลา ๐๙.๐๐ น./ เวลา ๑๓.๐๐ น.

เวลา ๐๙.๓๐ น./ เวลา ๑๓.๓๐ น.

เวลา ๑๑.๓๐ น./ เวลา ๑๕.๓๐ น.

เวลา ๑๒.๓๐ น. / เวลา ๑๖.๓๐ น.

\*\*\*\*\*

หมายเหตุ : อาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

## แบบตอบรับ

เข้าร่วมโครงการคลินิกกีฬาสัญจร ครั้งที่ ๒ ประจำปี ๒๕๖๕  
สโมสรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ

วันที่ .....

โรงเรียน..... ที่อยู่..... ถนน.....  
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์..... โทรสาร..... เว็บไซต์.....

มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรม ดังนี้

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน  ในช่องที่ต้องการ

- ฟุตบอล จำนวน.....คน รุ่นอายุ.....ปี จำนวนทั้งหมด.....คน  
ชื่อโค้ช (ผู้ควบคุม) ..... มือถือ.....
- เซปักตะกร้อ จำนวน.....คน รุ่นอายุ.....ปี จำนวนทั้งหมด.....คน  
ชื่อโค้ช (ผู้ควบคุม) ..... มือถือ.....
- .....
- มวยไทย จำนวน.....คน รุ่นอายุ.....ปี จำนวนทั้งหมด.....คน  
ชื่อโค้ช (ผู้ควบคุม) ..... มือถือ.....
- โยคะ / แอโรบิก จำนวน.....คน รุ่นอายุ.....ปี จำนวนทั้งหมด.....คน  
ชื่อโค้ช (ผู้ควบคุม) ..... มือถือ.....
- อื่น ๆ (ระบุ) .....จำนวน.....คน รุ่นอายุ.....ปี จำนวนทั้งหมด.....คน

ชื่อโค้ช (ผู้ควบคุม) ..... มือถือ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

ภาคเช้า เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

ภาคบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ติดต่อสอบถาม : โทร. นายธนพล หล้าอ้น โทร. ๐๙-๑๐๗๑-๒๕๑๐

เพจ : สโมสรกีฬาและนันทนาการจังหวัดชัยภูมิ / ไลน์ admindr.

หมายเหตุ : ให้สถานศึกษาสอบถามวัน เวลา เบื้องต้น เพื่อจะตรวจสอบตารางกิจกรรม ก่อนจะส่งแบบตอบรับ

\*สิทธิพิเศษของสถานศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมกับทางสโมสรฯ

- ได้รับการพิจารณาสนับสนุนอุปกรณ์กีฬา
- ได้รับการพิจารณาสนับสนุนงบประมาณจัดการแข่งขันกีฬานิตต่าง ๆ
- นักกีฬาได้รับทุนการศึกษาประจำปี
- นักกีฬาได้รับสิทธิ์เข้าคัดตัวเป็นนักกีฬาในสังกัดสโมสรฯ (ทั้งนี้จะได้สิทธิ์ตามระเบียบของสโมสรฯ)