

新潟アルビレックスBB U10 トライアウト参加同意書

申込日 年 月 日

フリガナ			
申込人氏名			
生年月日	西暦	年	月 日 (満 歳)
住所			
TEL		緊急連絡先	
E-Mail			
身長	cm	体重	kg
学校名・学年	学校	年生	
参加日 ※○をつけて下さい	4月19日(火)	4月21日(木)	4月26日(火)
プレー歴 ※過去に所属したチームなど			
所属期間	所属チーム	主な戦績	ポジション
2000年4月～2001年3月	アルビスクール	〇〇大会優勝・MVP	ガード

同意書

チェック欄

	当日、37.5度以上の発熱や、咳・喉の痛み、倦怠感、呼吸困難、一時的な嗅覚・味覚異常などを感じる場合などは参加しないことを承諾します。
	当日、選手が体調不良だと弊スタッフが判断した場合、スタッフの支持にしたがって参加を中断することを承諾します。
	怪我・事故等に関し、応急処置は行いますが一切の責任を負えませんので各自で保険に加入の上、本トライアウトに参加することを承諾します。
	トライアウト中に撮影する写真、動画などは各種メディアや新潟アルビレックスBB公式SNSアカウントに公表される場合がございます。あらかじめご了承ください。
	トライアウト合否に関するご質問にはお答えしかねます。ご了承ください。
	現在、地域クラブや部活動、ミニバスに所属している場合、その責任者、または、コーチより、本トライアウト受験の旨を承知しています。
	トライアウト中のビデオ撮影または、写真撮影はご遠慮ください。

申込人氏名

保護者氏名

印