２０２５年度　福井県U16トライアウト 参加同意書

（一社）福井県バスケットボール協会 御中

＜参加選手＞

参加者氏名

ふりがな

メンバーID

生年月日(西暦)　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　　日

身長 　　　　　　 cm 体重 　　　 　　　 kg

学校・チーム名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　 学年　　　　　　　年

＜確認事項＞　（下記の内容を確認し、チェックを入れてください。）

* 「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は（一社）福井県バスケットボール協会に帰属すること」を確認しました。
* 「本事業の活動中・移動中における事故・けが・盗難・傷害、その他の事故についての補償は、加入する保険の範囲内であること」を確認しました。
* 「マルファン症候群に関する注意」を確認しました。
* 参加選手が制限なく競技レベルのバスケットボール運動を行えることに同意します。

上記選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

令和　　　　年　　　　月　　　　　　日

保護者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　　〒

電話番号