

2025 年度 U13, U14 福井県 地区・県育成センター 参加同意書

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。

2024 年 月 日

保護者名 _____ 印

住所
〒

電話番号 _____