

2024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 \_\_\_\_\_