



AGGRE U-15

NPO法人AGGREスポーツクラブ

AGGRE U-15 セレクション参加申込書

ふりがな			
選手氏名			
生年月日	年	月	日
住所	〒		
電話番号(自宅)		電話番号(携帯)	
FAX			
メールアドレス(PC)		メールアドレス(携帯)	
身長	cm	体重	kg
現所属チーム		サッカー歴	年
得意ポジション		利き足	右・左
現小学校名	小学校	進学予定中学校名	中学校
サッカー歴(スクール・トレセン等もご記入ください)			
セレクション参加希望日(○を付けてください)	9月26日(日)	/	10/3日(日)
			16:00~17:30 (受付15:30~)

※セレクションの怪我などにつきましては主催者側で応急処置を致しますが、セレクション実施に際する傷害保険には加入致しません。

怪我をした際など所属チームの活動に影響が出る可能性もございますので**所属チームの指導者にセレクション参加の旨を必ず伝えてください。**

以上の点を了解し、練習会参加を保護者として承諾いたします。

保護者署名

印

FAX: 011-827-8810

メール: info@npo-aggre.jp