

2024 年度 U-14 熊本県育成センター 参加同意書

熊本県バスケットボール協会 御中

ふりがな		ポジション	血液型		性別
氏名		G・F・C	A・B・O・AB型 (RH + / -)		男・女
生年月日	20 年 月 日 (中学 年)	身長	cm	体重	kg
学校	熊本市立 中学校	地区 南東部	※1 背番号	メンバー ID	

※1 背番号とは、トライアウト当日に着用するユニフォームまたはリバーシブルの番号を書いてください。

<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熊本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、自身で加入する保険の範囲内であること」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 (緊急連絡先) _____

医療情報

運動中・運動後に右の症状を起したことがありますか。	失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整・動悸・めまい・痙攣
食物アレルギー	無・有 (詳細: _____)
薬アレルギー	無・有 (詳細: _____)
常用している薬	無・有 (詳細: _____)
現在治療中のケガや病気	無・有 (詳細: _____)
今までにかかった病気やケガ	無・有 (詳細: _____)
手術をしたことは?	無・有 (詳細: _____)
その他伝えたいこと	無・有 (詳細: _____)

