



2019年度 セビージャFCサッカーアカデミー福島

Jr.U10・U12 セビージャFC福島 トライアウトセレクション受験承諾書

受験日 ※該当日に○をつけてください。	2019年 月 日
受験者氏名	
住所	
電話番号	
現所属チーム <small>現所属チームがない場合は【なし】とご記入ください。</small>	

保護者氏名(捺印) 下記☆に関することに同意いたします。	
---------------------------------	--

現所属チームの代表者または指導者 自筆署名ならびに承諾印 <small>現在チームに所属していない方は必要ございません。</small>	
上記の者について、セビージャFC福島 トライアウトセレクション受験を承諾します。	
チーム名	_____
チーム代表者または指導者氏名	_____ (印)

セビージャFC福島 トライアウトセレクションにおきまして、以下の内容に同意をお願いいたします。

- ☆ 保護者の自筆署名・捺印ならびに所属チームがある方で承諾印がない場合は受験できませんので、予めご了承ください。
- ☆ セレクション中のケガについては、当クラブにおいて応急処置はしますが、その後の処置については保護者の責任の下、各自をお願いいたします。
- ☆ その他、当セレクションの企画・運営の妨げとなるような行為をしない。
- ☆ 今回お預かりする個人情報は、セレクションの活動以外には使用いたしません。
- ☆ 以上のことが守られなかった場合は参加を辞退していただきます。その場合、すでに支払われている参加費については一切返金致しません。