

県北地区ミニバスケットボール連盟

会長 高橋 芳雄 様

理事長 佐藤 博之 様

県北地区選抜チーム参加同意書

チーム名： _____ (男子 ・ 女子)

児童（選手）名： _____

ミニバスオールスター県北地区選抜チームの一員として、参加することに同意します。

平成30年 月 日

保護者記入欄

保護者氏名： _____ 印

住所：〒 _____

自宅電話番号： (_____)

緊急時連絡先： _____

指導者記入欄

指導者名： _____ 印

住所：〒 _____

自宅電話番号： (_____)

緊急時連絡先： _____

※緊急時連絡先は、携帯番号等をご記入ください。

※提出いただいた参加同意書、誓約書は、県北地区選抜チーム活動以外には使用しなものとします。

県北地区ミニバスケットボール連盟

会 長 高 橋 芳 雄 様

理事長 佐 藤 博 之 様

誓 約 書

県北地区選抜チーム参加に際し、次の事項について誓約致します。

- ① 選抜チーム活動を可能な限り優先致します。
- ② 選抜チーム活動中の事故につきましては、連盟指導者には迷惑をかけず、スポーツ保険で治療致します。
- ③ 選抜チームの活動については、保護者相互の連携を密にし、団体活動を側面より援助致します。

平成 30 年 月 日

児 童 (選手名) _____

保 護 者 名 _____ 印