

県北地区ミニバスケットボール連盟
会長
理事長

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。

令和 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：

メールアドレス：

所属チーム指導者記入欄

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。
※提出頂いた参加同意書、誓約書は、個人情報管理し県北地区選抜チーム活動以外、使用しない。
(管理元 理事長)

県北地区ミニバスケットボール連盟
会長
理事長

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 選抜チーム活動を優先致します。
- ② 選抜チーム活動中における怪我・事故等につきましては、所属チームのスポーツ保険にて対応します。
- 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。

令和 年 月 日

児童（選手名）

保護者名

印