



## 徳島ヴォルティスサッカースクール・スーパークラスセレクション参加申込書

(申込日) 2014 年 月 日

ふりがな				生年月日	西暦 年 月 日(満 歳)	
お名前						
保護者氏名		⑩		本人との関係		
連絡先	住所	〒				
	TEL		携帯			
	E-mail					
出身地		都道府県		市町村		
身長	cm	体重	kg	きき足、足のサイズ	右 左 両	cm
希望ポジション	第1( )		第2( )		第3( )	
在学小学校名						
疾患・傷害歴						
サッカー歴 (トレセン等)						
自己PR(将来の目標など)						
その他希望について						
※現所属チーム代表者(もしくは監督・コーチ)の承認が必要となります。						
現所属チーム名				連絡先 (電話番号)		
現所属チーム 代表者署名	上記の選手が、練習参加することを認めます。			承認日 2014年		
	<input type="checkbox"/> 代表 <input type="checkbox"/> 監督 <input type="checkbox"/> コーチ					月 日

※お預かりした個人情報、個人情報保護法の理念に従い、徳島ヴォルティス・アカデミー事業以外では使用いたしません。  
 ※セレクション参加の際、持病をお持ちの方は必ずお申出下さい。

受付処理日	月	日
-------	---	---