



2018年度 徳島ヴォルティスサッカースクール スペシャルクラス セレクション申込書

(申込日) 2018 年 月 日

ふりがな						生年月日	
お名前						学年 新 4 ・ 5 ・ 6 年生 ← ○	
保護者氏名		〒 -		本人との関係			
連絡先	住所						
	TEL			携帯			
	保護者緊急連絡先			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	cm
血液型	型	両親の身長 (任意記入)		父親	cm	母親	cm
徳島ヴォルティスサッカースクール所属	はい ・ いいえ	はいの場合		校 曜日			
希望ポジションを ○→● に塗りつぶしてください。	1-3-3-1		1-2-4-1		1-2-3-2		
希望曜日	火曜日	木曜日	金曜日	希望する曜日に○を付けて下さい			
在学小学校名							
疾患・傷害歴							
サッカー歴 (選抜・トレセン等)							
自己PR(得意なプレー、将来の目標など)※選手本人が記入してください。							
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)の署名・捺印が必要となります。							
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	上記の選手が徳島ヴォルティスサッカースクールスペシャルクラスセレクションへの参加を認めます			承認日	2018年		
	() 代表	() 監督	() コーチ		月 日		

※ご記入していただきました個人情報につきましては、当該セレクションでの連絡等のみに活用し、外部への情報提供には利用いたしません。