



2022年度 徳島ヴォルティスサッカースクール スーパー・スペシャルクラス セレクション申込書

(申込日) 20 年 月 日

受験を希望するクラスに☑を入れてください→ スーパークラスのみ スペシャルクラスのみ 両方

ふりがな						生年月日	
お名前						20 年 月 日 学年 新 5・6年生←○	
保護者氏名		(印)				本人との続柄	
連絡先	住所	〒 -					
	TEL					緊急連絡先	
	E-mail	受付完了のメールを送らせていただきますので、必ずご記入ください。					
身長	cm	体重	kg	利き足	右・左		
50m走のタイム	秒	両親の身長	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		
小学校名	小学校	サッカーを始めた年齢		才から			
サッカー歴 (選抜・トレセン等)							
疾患・傷害歴							
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。							
スーパークラスの次にスペシャルクラスのセレクションの参加を希望される方のみご記入ください。 スペシャルクラスに合格した場合に参加を希望する曜日をご記入ください。(実施曜日:火曜日、木曜日、金曜日)							
第1希望	曜日	第2希望	曜日	第3希望	曜日		
※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					代表者連絡先		
現所属チーム 代表者署名	上記の選手のセレクションへの参加を認めます。				(印)	承認日	
	() 代表 () 監督 () コーチ					20 年 月 日	

※ご記入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いたします。