



2017年度アルビレックス新潟U-15 セレクション係 行き

住所: 〒957-0101 新潟県北蒲原郡聖籠町東港5丁目914番2号

FAX: 025-257-5812

記入日 2017年 月 日

2017年度アルビレックス新潟U-15 セレクション申込書

| | | | | | | | |
|--------------------------------|---------|---------------|-----------------|-------|-------|---------------|----|
| フリガナ | | | 生年月日 | (西暦) | 年齢 | 満 | 歳 |
| 氏名 | | | | | 年 | 月 | 日 |
| 1次セレクション 参加希望日 | ※希望日に○を | ① | 2017年9月23日(土) | | ② | 2017年9月24日(日) | |
| フリガナ | | | | | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | 緊急連絡先 | 続柄: | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg | | 両親の身長 | 父 | cm |
| 利き足 | 足 | ポジション ※複数可 | | | | 母 | cm |
| サッカー歴 | 年 | 50m走タイム | | | 秒 | | |
| 選抜・代表歴 (トレセンなど) | | | | | | | |
| 志望理由 | | | | | | | |
| アルビレックス新潟サッカースクール在籍クラス名 ※該当者のみ | | | | | | | |
| 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 | (選手名) | | のセレクション参加を認めます。 | | | | |
| | 代表者 | | | 印 | 2017年 | 月 | 日 |
| 保護者署名 | | | 印 | | | | |

※上記の個人情報は、セレクションにおける参加者の管理、合否などの郵送、緊急連絡、傷害保険や情報のお知らせ等のために使用させていただきます。

※FAXにてお申込みの方は、代表者様および保護者様の署名と捺印のある原本と、返信用封筒を、セレクション当日に必ずご持参ください。