



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: 025-250-7068

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。