



2017年度 アルビレックス新潟U-12 セレクション係

住所: 〒950-0954 新潟県新潟市中央区美咲町2丁目1番6号

FAX: 025-280-0012

受付日

ご記入日 2016年 月 日

## 2017年度 アルビレックス新潟U-12 セレクション申込書

現在の学年	該当する学年に○をつけてください			学校名							
	小2		小3								
フリガナ					生年月日	(西暦)	年齢	満	歳		
氏名							年	月	日		
フリガナ											
住所	〒										
電話番号	自宅			緊急連絡先							
ポジション	どちらかに○をつけてください(両方でも可)				フィールドプレイヤー ・ ゴールキーパー						
身長	小1	cm	小2	cm	小3	cm	利き足	足	両親の身長	父	cm
体重	小1	kg	小2	kg	小3	kg			母	cm	
<b>サッカー歴</b>											
年(西暦)		所属チーム					出場大会・個人戦績などがあれば記入				
年 ~ 年											
年 ~ 年											
年 ~ 年											
志望理由											
得意なプレー											
アルビレックス新潟サッカースクール在籍クラス名						(例)寺尾JA水、駅南U-8月					
現所属チーム名						代表者連絡先(電話番号)					
<p>(所属選手名) _____ のセレクション参加を認めます。</p> <p>また合格した場合、2017年4月よりアルビレックス新潟U-12の所属選手として日本サッカー協会に登録することを同意いたします。</p> <p>(基本的にはアルビレックス新潟U-12としての活動は、2017年3月から開始する予定です。</p>											
現所属チーム代表者署名						代表者					
						印 2016年 月 日					
保護者署名						印					

※上記の個人情報は、セレクションの開催・運営の目的以外には使用しないことを徹底し、厳正に管理・保管致します。

※身長、体重の経過がわからない方は現在の身長のみをご記入ください。