

**アルビレックス新潟サッカースクール**  
**SUMMERキャンプ2018 in 南魚沼 (8/9~11) 参加申込書**

フリガナ				性別	男・女
参加者氏名				血液型	型
生年月日／学年	平成	年	月 日 (満 歳) /	年生	
フリガナ				続柄	
保護者氏名					
住所	〒 -				
TEL		身長	cm	体重	kg
緊急連絡先① [携帯]		緊急連絡先② [勤務先]			
在籍クラス ※代表的なクラス	校	クラス	曜日	所属チーム ※ある方のみ	
交通手段	① 送迎バスの利用を希望する ( 往復・片道のみ )				
	【往路】 乗車希望場所 ( 新潟駅南 / 栄SA / 長岡IC )				
	【復路】 降車希望場所 ( 新潟駅南 / 栄SA / 長岡IC )				
	② 現地集合・現地解散を希望する ( 集合・解散場所 : 舞子高原ロッジ )				
キャンセル待ち	申込時に定員に達していた場合 ( キャンセル待ちを希望する ・ 希望しない )				

**健康診断自己申告欄**

平成 年 月 日 現在

(1) 現在治療中の病気やケガがある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(2) (1)以外で持病やアレルギー、食物アレルギーがある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(3) 今までに大きなケガや手術をしたことがある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(4) 学校の健康診断等で異常がある(過去も含む)  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(5) 医師による運動制限がある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(6) 常用しているクスリがある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(7) 毎日3度の食事をきちんと摂っている  
 ① いる ② いない 内容 \_\_\_\_\_

(8) 食べ物の好き嫌いがある  
 ① ある ② ない 内容 \_\_\_\_\_

(9) 保護者から観た健康状態  
 内容 \_\_\_\_\_

※緊急の際には医師の判断により正しい処置が行われることを承諾します。

**同意書**

参加内容を十分理解した上、貴キャンプへ参加します。私は身体状況を申告の上、貴キャンプへ参加します。  
 参加後は貴指定の会場にて、ルールを守りながら練習、団体生活に励むことを誓います。  
 キャンプ中の不慮の事故に際しましては、貴キャンプで加入する全旅協旅行災害補償の範囲にて補償することに同意します。  
 キャンプ中に撮影した画像及び映像について、参加者に向けての販売、また今後の告知活動に幅広く活用することに同意します。  
 貴重品などの管理は個人の責任とすることに同意します。

参加者氏名 \_\_\_\_\_ 保護者氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

上記必要を記入の上、アルビレックス新潟サッカースクールまでご提出ください。

[提出方法] ①スクール時にコーチへ手渡し / ②美咲町本部事務局へ提出 / ③FAX(025-280-0012)