



2019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1923番23号

FAX: 025-250-7068

記入日 2019年 月 日

2019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	2019年9月7日(土)		②	2019年9月8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	2019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。