



2015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 2014年 月 日

## 2015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	該当するものに○をつけてください			学校名						
	小1	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 フィールドプレイヤー ・ ゴールキーパー									
身長経過	小1	cm	小2	cm	小3	cm	両親の身長	父	cm	
体重経過	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)TJA水					
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	<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、2015年3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>									
保護者署名	代表者			<div style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">印</span> 2014年 月 日         </div>						
ご招待チケット	大人			枚			小人			枚

※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。