2019年度U-14 熊本県育成センター 参加同意書

熊本県バスケットボール協会 御中

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ポジション | 血液型 | | | 性　別 |
| 氏　　名 |  | G　・　F　・　C | A　・　B　・　O　・　AB　型  （RH　＋　／　－） | | | 男　・　女 |
| 生年月日 | ２０　　年　　　月　　　日（中学　　　年） | 身　長 | ｃm | 体　重 | ｋｇ | |
| 学校・クラブ |  | 地　区 | メンバーID |  | | |

＜確認事項＞　（下記の内容を確認し、チェックを入れてください。）

* 「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は熊本県バスケットボール協会に帰属すること」を確認しました。
* 「本事業の活動中・移動中における事故・けが・盗難・傷害、その他の事故についての補償は、自身で加入する保険の範囲内であること」を確認しました。
* 参加選手が制限なく競技レベルのバスケットボール運動を行えることに同意します。

上記選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

　　　　年　　　　月　　　　日

保　護　者　名　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　　　〒

電話番号（緊急連絡先）

医療情報

|  |  |
| --- | --- |
| 運動中・運動後に右の症状を  起こしたことがありますか。 | 失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整・動悸・めまい・痙攣 |
| 食物アレルギー | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬アレルギー | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常用している薬 | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在治療中のケガや病気 | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今までにかかった病気やケガ | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手術をしたことは？ | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他伝えたいこと | 無　・　有  （詳細：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |