

フェルサフットボールアカデミー チームセレクション申込及び参加承諾書

| | | | |
|--|--|------|------|
| 選手氏名 | | | |
| 住所 | | | |
| 連絡先 | | 小学校名 | |
| 所属チーム | | | 所属なし |
| フェルサのみ受験(又は第1希望)の選手は□にチェックしてください | | | |
| ※ <input checked="" type="checkbox"/> 選手は早期合格の場合有り ※合格した場合は入団必須となります | | | |

●各チーム代表者様 お手数をおかけしますが下記欄に署名をお願いいたします。
フェルサ

| | |
|--|--|
| 上記の者について、フェルサフットボールアカデミーを受験することを承諾します。 | |
| チーム名 | |
| チーム代表者氏名 | |

【当日の怪我等について】
FERZA football academyのセレクションはスポーツ保険対象外になりますので
活動中の怪我や事故等について当チームと指導者は一切の責任を負わず
すべて保護者の責任となります。

【その他】
申込にあたり別紙「募集要項」にて詳細を確認、承諾しました。

上記内容を承諾しました。

令和 年 月 日

選手氏名

保護者氏名

印