

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			<input checked="" type="checkbox"/> 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)