

参 加 同 意 書

所属チーム名

在籍学校名

ふりがな

選手氏名

生年月日（西暦）

年

月

日生

身長

cm 体重

kg

選手証番号

上記の者、心身共に健康な状態にあり、さいたまシティサッカー夢プロジェクト事業の趣旨を理解しさいたま市サッカー協会の事業活動にふさわしい行動をとること及び優先して活動に参加することに同意します。

さいたま市サッカー協会

理事長 松沢 喜久夫様

2019年 月 日

保護者住所 〒

最寄り駅

線

駅

保護者氏名

印

電話（携帯）

所属チーム代表者名

印

住所 〒

電話(携帯)

PCメールアドレス

※さいたまシティサッカー夢プロジェクト事業（スクール等）の活動において、派遣依頼文等をお渡しする場合に使用します。

そのため、必ずチーム代表者等が受取れるようにして下さい。

保護者、指導者連絡欄（参加にあたっての注意事項・要望等をご記入ください。）

1. けが等に付きましては、傷害保険のみの補償になることをご承知おきください。
2. 個人情報利用に関しての同意もこれに含まれます。
 - 1) 上記情報は、さいたまシティサッカー夢プロジェクトで作成する選手名簿への掲載
 - 2) さいたまシティサッカー夢プロジェクト（スクール等）活動の案内などを送付する目的
 - 3) 選手の緊急時での連絡手段として使用
 - 4) その他、さいたまシティサッカー夢プロジェクト（スクール等）活動において必要な事項
 - 5) さいたまシティサッカー夢プロジェクト（スクール等）活動においては本事業でスポーツ障害保険に加入します。