

2024年度 東京都育成センターU13/14 参加同意書

一般社団法人東京都バスケットボール協会 御中

(参加選手) ふりがな
参加者氏名 _____ 印

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

(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。

- 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。
- 「マルファン症候群に関する注意」を確認しました。
- 「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は(一社)東京都バスケットボール協会に帰属すること」を確認しました。
- 「本事業の活動中における事故・怪我・傷害についての補償は、加入する保険の範囲内であること」を確認しました。
- 「原則 DC 活動を優先し、全日程に参加すること(全国大会やそれに準ずる公式戦の予選は考慮する)」に同意します。

※ 原則所属チームの活動は優先されません

【保護者同意欄】

参加選手について、上記確認事項①から⑤に同意した上で参加を認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

保護者名 _____ 印

住所 〒 _____

電話番号 _____

(緊急連絡先) _____

【所属チーム代表者(顧問)同意欄】

参加選手について、上記確認事項⑤に同意した上で派遣を認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

主たる所属チーム名(中学校名,クラブ名,Bユース名)

チーム名 _____

代表者指名

顧問氏名 _____ 印

所在地 〒 _____

電話番号 _____

※ 上記「所属チーム代表者(顧問)同意欄」にて、主たる所属チームがクラブチーム、Bユースチームになっている選手で、所属校でもバスケットボール部にも所属している選手は、必ず本活動への参加について所属校バスケットボール部顧問の先生にも派遣承認の同意をいただきますようお願いいたします。(中学校(部活動)チームのみ、クラブチームのみ、Bユースチームのみに所属している選手は下記事項について記載の必要はありません。)

【中学校(部活動)チーム代表者(顧問)同意欄】※複数チーム所属者のみ

上記選手について、上記確認事項⑤に同意した上で派遣を認めます。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

チーム名

所在地 〒 _____

学校名 _____

代表者指名

顧問氏名 _____ 印

電話番号 _____