

2025 年度 東部地区・西部地区育成センターU16 女子 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。)

- ☐ 「全国大会へつながる公式戦等は考慮するが、原則 DC 活動を優先し、全日程に参加すること」に同意します。
- ☐ 「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。
- ☐ 「マルファン症候群に関する注意」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。

上記の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) _____

上記の選手の派遣を認めます。

年 _____ 月 _____ 日

学校名 _____

学校長 _____ 公印

所在地 〒 _____

電話番号 _____