

令和7年度 中体連地区選抜クリニック選手

参加同意書

東京都中体連バスケットボール部 御中

【参加選手】

ふりがな

参加者氏名 _____

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。）

- 「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は家庭で楽しむ範囲で使用すること」
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。
- 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)
