

2025年度 U13/14東京都地区DC活動（及び東京都DC活動）
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

フリガナ		フリガナ	
参加選手 氏名		保護者 氏名	印
生年月日 (西暦)	年 月 日	住所	〒
電話番号 (選手)	お持ちであればご記入ください。	電話番号 (緊急連絡先)	

所属チーム代表者にもは参加同意のご承認をいただき、下記同意事項のご確認をお願い致します。

所属チーム①（主たる所属先）		所属チーム②	
所属 チーム名		所属 チーム名	
所属チーム 代表者名	印	所属チーム 代表者名	印
電話番号		電話番号	

下記の同意事項を確認した上で、上記の選手が参加することに同意します。（確認後、各自チェックを入れてください。）

選手	保護者	所属チーム① 代表者	所属チーム② 代表者	内容
☐	☐	☐	☐	原則DC活動を最優先に行動し、全日程に参加すること ※ただし、東京都バスケットボール協会及び日本バスケットボール協会が主催する大会公式戦当日の参加は考慮する。（試合前日は考慮致しません。） 【考慮該当大会】日本バスケットボール協会主催・主管大会、東京都バスケットボール協会主催・主管大会、東京都U15クラブ連盟主催・主管大会、東京都中体連主催・主管大会（都大会及びその予選地区大会。直接の予選大会のみでシード決め大会などは該当しません。）
☐	☐	☐	☐	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
☐	☐	☐	☐	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
☐	☐	☐	☐	「マルファン症候群に関する注意」の確認 ※ 別紙参照のこと
☐	☐	☐	☐	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