

参加同意書 及び 推薦書

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 【中学 年生】	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参加同意及び推薦をいただき、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(それ以外の所属先)	
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	
推薦	私は当該選手について (ナショナルDC・都DC)選手に相応しいと 考え、責任を持って推薦いたします。	推薦	私は当該選手について (ナショナルDC・都DC)選手に相応しいと 考え、責任を持って推薦いたします。

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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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。) ※ナショナルDCについては、考慮該当大会が異なります。
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	「マルファン症候群に関する注意」の確認 ※ 別紙参照のこと
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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