令和２年度 U-１３・１４東京都育成選手 参加同意書

一般社団法人東京都バスケットボール協会

専務理事　　小西　道雄　殿

生 年 月 日 (西暦)　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

ＴｅａｍＪＢＡメンバーＩＤ

ふりがな

参加者氏名 　　　　　　　　　　　　　印

電 話 番 号

〈　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(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。

上記の生徒の派遣に保護者として同意します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

保 護 者 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印

住　　　　　所　　〒

緊急連絡先

上記の生徒の派遣を認めます。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

チ ー ム 名

代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

所　　在　　地　　　　　　　〒

電 話 番 号

**※ 所属校で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顧問の先生に伝え、下の欄を記入していただくようお願いします。**

上記の内容を確認いたしました。

学　　校　　名

顧 問 氏 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印