**2021年度 東京都育成センターU13/14女子 兼 東京都強化育成選手選考会 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。)

* 「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

 ｸﾗﾌﾞﾁｰﾑ名

 ｸﾗﾌﾞ代表者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表印

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