



フューチャーズフットボールアカデミー

セレクション参加承諾書

私（保護者）は、下記の選手がフューチャーズ FA のセレクションに参加することを承諾します。

選手氏名			
保護者氏名			
現所属 チーム名			
学年		生年月日 年 月 日	

上記の選手がフューチャーズフットボールアカデミーのセレクションに参加することを承諾し、参加にあたっては規定・注意事項を遵守することを誓います。また、セレクション中に生じた事故・怪我等について、主催者側の責任を問わないことに同意します。

【所属チーム代表者承認】

上記の選手が、フューチャーズ FA U-15 のセレクションに参加することを認めます。

チーム代表者 連絡先（電話）		
所属チーム 代表者等 署名	（ ） 代表	⑩
	（ ） 監督 （ ） コーチ	

年 月 日

※ご記入いただきました「個人情報」は、当セレクションの開催・運営の目的以外には使用しないことを徹底し、厳正に管理・保管いたします。

提出締切： 年 月 日（ ）

受付処理日： 年 月 日