



2019年 熊本ヴォルターズU15 トライアウト申込書①



フリガナ			
氏名			
生年月日 (西暦)	年	月	日(歳)
生年月日			
住所	〒 -		
電話番号	- -	緊急連絡先 (続柄)	(-) -
E-Mail (PC)		E-Mail (携帯)	
学校名/所属クラブ		Team JBA メンバーID	

パーソナルデータ						
学年	身長	体重	足のサイズ	ウィングスパン	母の身長	父の身長
年生	cm	kg	cm	cm	cm	cm

プレー歴				
所属期間	所属チーム名	ポジション	チーム戦績	個人成績
(例)2014~2015	〇〇ミニバスケットボール部	PG	県大会〇位	〇〇大会MVP



2019年 熊本ヴォルターズU15 トライアウト申込書②



質問
・身体状況 (既往症・大きな怪我・手術歴など)
・家族(両親・兄弟)のスポーツ歴について
・熊本ヴォルターズU15プレーしたい理由を教えてください。
・学校生活での貢献活動 (例)委員会、応援団長など
・自己PR



2019年 熊本ヴォルターズU15 トライアウト申込書③



トライアウト実施日
2019年 3月3(日) @熊本市総合体育館サブアリーナ

参加同意書	
保護者署名	<p>身体状況を申告の上、上記に記載したトライアウトの参加を希望します。 トライアウトに参加するにあたり、一切の怪我(事故)等に関して、応急処置は致しますが、それ以降の処置等については等クラブは責任を負いかねます。 また、本トライアウトの貴クラブホームページ及びSNS、メディア発表における個人情報の一部掲載や合格発表時に氏名が公表される場合があることに同意します。</p> <p>入会者氏名 _____</p> <p>保護者氏名 _____</p>
所属代表署名	<p>上記入会者の熊本ヴォルターズU15、チームトライアウトに参加する事に同意します。 また、参加者がトライアウトに合格した際は、入会者の熊本ヴォルターズU15チーム登録手続きに協力致します。</p> <p>所属クラブ名 _____</p> <p>所属クラブ代表名(自筆) _____</p>

*ここに記載された情報は、熊本ヴォルターズ U15 チーム運営用途以外には使用いたしません。

*ここに記載された情報は、熊本バスケットボール株式会社が責任をもって管理いたします。