

サウルコス福井サッカースクール 体験参加申込書

記入年月日 平成 年 月 日

会場 <small>希望会場を右の空欄にご記入ください</small>				クラス	<input type="checkbox"/> U-12(小学4年～小学6年) <input type="checkbox"/> U-9(年中～小学3年) <input type="checkbox"/> なでしこ女子		<input type="checkbox"/> 大人	
参加日 (最大2日間)	月 日	月 日	<small>✓を付けて下さい</small>					
ふりがな				生年月日 (西暦)			性別	
本人氏名				年 月 日				
住所	〒							
電話番号								
FAX番号								
e-mail(必須)	PC			携帯				
所属小学校名/幼稚園・保育園名	小学校 年 /			園				
出身/所属少年団クラブ・スクール	(所属している場合のみ記入)							
どのようにしてお知りなられましたか	・サウルコスのイベントに参加した ・試合後のふれあいサッカーに参加した ・友人からの紹介 ・インターネットで調べた ・その他()							
送迎希望 <small>✓を付けて下さい。</small>	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし						
保護者氏名(ふりがな)								
緊急連絡先	氏名(続柄)							
選手・保護者承諾書								
・活動時には指導スタッフの指示や施設の使用規則に従い行動します。 ・体験練習中に起きた怪我や事故に対する補償は参加者の責任で対応し、当スクールに請求はいたしません。 平成 年 月 日 選手氏名 保護者氏名 印								

※スクール体験中の写真や映像の使用権利は本スクールに帰属し、ホームページ等で利用する場合があります。
 ※体験練習会は複数日申込可能ですが、申込者多数の場合は、1日のみの参加となります。
 ※送迎ルートの都合や住所により送迎が出来ない場合がございます。
 ※体験練習中の怪我につきましては、応急処置の対応は致します。但し、保険などは各自で加入してください。
 ※ご記入頂いた個人情報はスクール運営以外の業務には利用いたしません。

参加希望者は本申込用紙をFAX送信してください。 FAX番号 : 0776-21-7886

サウルコス福井事務局 担当:加藤
 〒910-0022 福井市花月4-1-25
 TEL:0776-21-7885