

表

送付先／〒861-4101 熊本市南区近見6-16-29  
一般社団法人熊本県サッカー協会 キッズ委員会事務局

## 2019年度 キッズエリートプログラム同意書

### 1. 選手・保護者情報 (必須)

ふりがな		ふりがな	
選手氏名		保護者氏名	

### 2. 所属チーム

チーム名		ふりがな	
		指導者氏名	

### 3. 所属チーム以外の所属スクールやサッカー活動:あれば記載ください

団体名 (指導者名)	( )
団体名 (指導者名)	( )
団体名 (指導者名)	( )

(1)ご記入いただいた個人情報は(一社)熊本県サッカー協会が管理・利用いたします。利用目的はJFAキッズエリートプログラム・KFA各種イベント等における案内・実施・運営および(一社)熊本県サッカー協会の事業に限定いたします。傷害保険業務のために、(公財)スポーツ安全保険協会へ情報を提供いたします。その他緊急の場合、法令に定める場合等を除き、第三者へは無断で提供いたしません。

(2)この活動を普及・充実させるために、参加される選手・保護者の皆様等の映像・写真を主催者等で使用させていただく場合がありますので、予めご了承ください。

(3)登録、参加申込みの際は、保護者および主な所属チームの指導者の承諾が必要です。

(4)登録・申込内容に変更がある場合には、KFAキッズ委員会事務局(Tel:096-247-6980)までご連絡ください。

キッズエリートプログラムへの参加を申込み、個人情報の利用に同意します。

保護者承諾欄(自署)

--

キッズエリートプログラムへの参加を承諾します。

指導者承諾欄(自署)

--

裏

【サッカー経歴】

年月日	記 事

【目標：選手】 将来の目標、このキッズエリートプログラムに参加する目的やどんなことを学びたいのか選手に記入させてください。


【特記事項】 ※アレルギー、持病等ありましたらご記入ください。 ※応急処置方法についてもご記入をお願いします。
