



2019年度アルビレックス新潟レディースU-15 セレクション係 行き

住所：〒957-0101 新潟県北蒲原郡聖籠町東港5-914-2

記入日 2019年 月 日

2019年度アルビレックス新潟レディースU-15 セレクション申込書

フリガナ	生年月日 (西暦)	年齢	満	歳
氏名	年 月 日			
フリガナ				
住所	〒			
電話番号 (自宅)	(緊急連絡先)		続柄:	
身長 cm	体重 kg	両親の身長	父 cm	
利き足 足	ポジション ※複数可		母 cm	
サッカー歴 年	在籍学校名 小学校	在籍予定中学校名		中学校
選抜・代表歴 (トレセンなど)				
志望理由				
学校で測定したスポーツテストの結果 (測定した項目・わかる範囲でご記入ください。)				
握力 (右) kg	(左) kg	反復横跳び 回 (秒間)		
20mシャトルラン 回	持久走 () m走 分 秒			
ソフトボール投げ m	ハンドボール投げ m			
マラソン大会の結果 距離 m	記録	分 秒	位/	人中
日本サッカー協会登録チーム名		連絡先 (電話番号)		
(選手名) のセレクション参加を認めます。				
代表者		印 2019年 月 日		
※日本サッカー協会登録チームとは選手自身が日本サッカー協会に登録しているチームになります。				
その他活動チーム名		連絡先 (電話番号)		
(選手名) のセレクション参加を認めます。				
代表者		印 2019年 月 日		
※上記登録チーム以外で所属しているチームがあればご記入ください。				
保護者署名		印 2019年 月 日		

※上記の個人情報は、セレクションにおける参加者の管理、合否などの郵送、緊急連絡、傷害保険や情報のお知らせ等のために使用させていただきます。

※現所属代表者様および保護者様の署名と捺印を必ずお忘れなくお願いいたします。