



2019 年度 徳島ヴォルティスサッカースクール スーパークラス セレクション申込書

(申込日) 年 月 日

ふりがな						生年月日	
お名前						学年 新 5・6 年生 ←○	
保護者氏名		〒 -		⑩		本人との関係	
連絡先	住所						
	TEL			携帯			
	保護者 緊急連絡先			E-mail			
出身地		都道府県			市町村		
身長	cm	体重	kg	きき足、足のサイズ	右 左 両	cm	
血液型	型	両親の身長 (任意記入)		父親	cm / 母親	cm	
徳島ヴォルティス サッカースクール所属	はい・いいえ	はいの場合		校 曜日			
希望ポジションを ○→● に塗りつぶしてください。	1-3-3-1		1-2-4-1		1-2-3-2		
在学小学校名							
疾患・傷害歴							
サッカー歴 (選抜・トレセン等)							
自己PR(得意なプレー、将来の目標など)※選手本人が記入してください。							
.....							
.....							
.....							
その他希望について							
.....							
.....							
※現所属チーム代表者(もしくは監督・コーチ)の署名・捺印が必要となります。							
現所属チーム名					連絡先 (電話番号)		
現所属チーム 代表者署名		上記の選手が徳島ヴォルティスサッカースクールスーパークラスセレクションへの参加を認めます。 () 代表 () 監督 () コーチ			承認日		
		⑩			年		
					月 日		

※ご記入していただきました個人情報につきましては、当該セレクションでの連絡等のみに活用し、外部への情報提供には利用いたしません。