

# NPO法人 ザスパスポーツクラブ

## ザスパクサツ群馬サッカースクール 体験申込書

体験スクール名  にチェック【レ】を入れてください

前橋スクール

伊勢崎スクール (ベーシック・クリニック)

吾妻スクール

草津スクール

体験申込日	年 月 日		
選手氏名(必須)	(フリガナ)	生年月日(西暦)	年
			月 日
		年齢	歳
保護者氏名(必須)	(フリガナ)	父 身長	母 身長
		cm	cm
住所(必須)	〒		
連絡先(任意)	(固定電話)	(携帯)	
	(E-MAIL)	(緊急連絡先)	
学校名(必須)	幼稚園／保育園／小学校	学年	
健康状況(任意)	身長	cm	既往歴 (持病) (アレルギー) (必須)
	体重	kg	
	血液型	型	
以下、アンケートにお答えください			
1) ザスパクサツ群馬サッカースクールをどちらで知りましたか？( HP / ラジオ / 知り合い / その他 )			
<p>1 サッカースクール体験は1回限りとする</p> <p>2 サッカースクール体験中に発生する事故・傷害等について、NPO法人ザスパスポーツクラブに対して何ら異議申し立てをしない</p> <p>3 サッカースクール体験中に発生する事故・傷害等およびサッカースクール体験中に受ける不利益・損害等に対してNPO法人ザスパスポーツクラブに対して何ら請求をしない</p>			
上記事項を承諾し、サッカースクールを体験致します		年	月 日
保護者氏名		印	

事務局処理欄

受理日

処理要項は、処理日および処理者名を記載してください