

ガスパクサツ群馬 U-12 セレクション

受付番号	
受付日	・ ・

※参加希望するセレクション名をご記入ください。また、複数の日程がある場合は、参加日もご記入ください。

セレクション名	
----------------	--

氏名	ふりがな	生年月日	西暦	年	月	日生/満	歳	写真貼付 (縦4cm×横3cm) ・3ヵ月以内に撮影したもの ・正面・上半身・脱帽
			出身地	都道府県		市町村		
現住所	〒 -							
TEL	- -	FAX	- -	携帯(本人)	- -	携帯(保護者)	- -	E-Mail

身長	cm	体重	kg	血液型	型	利き足	右・左	50m走	秒	足サイズ	cm
所属	(学校名)					学年	年生	(チーム名)			
選抜歴等	-----										

希望ポジション	※該当ポジションに●をすること。複数可			

参加志望理由/自己PR	-----
-------------	-------

両親の身長	《父親の身長》	cm	《母親の身長》	cm
-------	---------	----	---------	----

保護者署名		印
-------	--	---

上記の者の練習参加を承諾致します。
必ず保護者署名および捺印が必要となります。
署名捺印が無い場合は無効となります。

チーム代表者署名		印
----------	--	---

上記の者の練習参加を承諾致します。
チーム所属選手はチーム代表者署名および捺印が必要。
署名捺印が無い場合は無効となります。

メディカルチェックシート

受付番号	
受付日	・

氏名: _____ 生年月日: 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 身長・体重: _____ cm _____ kg

練習時間・回数: _____ 時間/日 _____ 日/週

(1) 既往歴

今までに経験したケガ・疾患を記入(捻挫・腰痛・骨折・靭帯損傷・喘息・アレルギー・貧血・不整脈等の内科的疾患も含む)

部位	時期	症状	備考

(2) 現病歴

現在治療中のケガ・疾患を記入(捻挫・腰痛・骨折・靭帯損傷・喘息・アレルギー・貧血・不整脈等の内科的疾患も含む)

部位	時期	症状	備考

(3) 1日の平均睡眠時間は何時間くらいですか?

睡眠時間: _____ 時間 _____ 就寝: _____ 時 _____ 分頃 ~ 起床: _____ 時 _____ 分頃

(4) 下記時期における身長・体重を記入してください。

時期	身長	体重
2018年4月	_____ cm	_____ kg
2017年4月	_____ cm	_____ kg
2016年4月	_____ cm	_____ kg
2015年4月	_____ cm	_____ kg
2014年4月	_____ cm	_____ kg
2013年4月	_____ cm	_____ kg

父親または母親の身長・競技歴(ポジション): お答えできる範囲でかまいません

--

※本情報は適切に処理し、個人が特定されるような情報漏洩等は一切ありません。

※ガスパクサツ群馬練習会およびセレクション終了次等、本情報は破棄いたします。

※本情報の管理をガスパクサツ群馬に一任し、練習会およびセレクションに関する事項に使用することに承諾致します。

年 _____ 月 _____ 日

保護者署名 _____ (印)
