



# Soccer Academy LASTA SHIGA U15

サッカーアカデミーラスタシガ



お申込み日 年 月 日

ジュニアユース用

2024年度 第9期

フリガナ		性別 男・女
選手名(甲)		生年月日(西暦) 年 月 日
会員種別	ジュニアユース(中学生)	満 才
目標(夢)		
JFA選手登録番号		
学校名	学校 ( 市)	
小学生時所属チーム名		サッカー歴 年 ヶ月
ポジション	GK・DF・MF・FW	

告知	◆身長 cm ◆体重 kg ◆平熱 °C ◆血液型 型
	◆持病(有・無)病名
	◆アレルギー(有・無)アレルギー名
	◆常備薬(有・無)薬品名

上記参加者がサッカーアカデミー ラスタシガに入団することに同意いたします。

保護者同意書	フリガナ		印
	保護者氏名		
	〒	—	
	住所		
	TEL	— —	(所有者名 )
	緊急連絡先	— —	(緊急連絡先名 )
	Email		@

[入団における約束事項]

- 1、選手名\_\_\_\_\_（以下甲とする）とその保護者（以下乙とする）は、LASTA滋賀に（以下、丙とする）乙以外の他のクラブへの移籍やレンタルのために必要な一切の業務を行う専属代理人としての権限を与えるものとする。
  - 2、甲及び乙は丙からの書面による許可なしに、他のクラブといかなる契約も結ぶことはできない。
  - 3、丙の宣言により本契約は解除できるものとする。
  - 4、本契約の有効期限は契約締結日より5年間とする。
  - 5、本申込書兼同意書はジュニアユース用であり、スクール生においては上記の限りではない。
  - 6、当クラブ名は変更となる場合があることを了承する。
- 上記契約内容を理解し双方合意の上署名捺印するものとする。

年 月 日

(甲)選手

(乙)保護者

氏名

㊟

氏名

㊟

(丙)LASTA滋賀

滋賀県彦根市西葛籠町356-1

㊟