令和２年度U12岩手県育成センター 同意書

一般社団法人　岩手県バスケットボール協会 御中

＜参加選手＞

参加者氏名

ふりがな

生年月日(西暦)　　　　　　　年　　　月　　　日　　 身長 cm 体重 kg

TeamJBAメンバーID

チーム名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 チームID

学校名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　 学年　　　　　年

＜確認事項＞　（下記の内容を確認し、チェックを入れてください。）

□「本事業で撮影した動画及び静止画の肖像権は公益財団法人日本バスケットボール協会に帰属すること」を確認しました。

□「本事業の活動中・移動中における事故・けが・盗難・傷害、その他の事故についての補償は、加入する保険の範囲内であること」を確認しました。

□「マルファン症候群は、突然死を起こす可能性がある疾患です」を確認しました。

□参加選手が制限なく競技レベルのバスケットボール運動を行えることに同意します。

□県選抜に選ばれた場合、そちらの活動を最優先で行うことを確認しました。

□状況により、練習会を中止する場合があることや感染防止のために主催者が決めたその他の措置の遵守、主催者の指示に従うことを確認しました。（遵守できない参加者には、他の参加者の安全を確保する等の観点から、参加を取り消したり、途中退場を求めたりすることがあり得る）

上記選手の派遣および確認事項について、保護者として同意します。

平成　　　　年　　　　月　　　　日

保護者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所　　　　〒

電話番号