

アビスパ福岡スーパークラス/スキルアップクラス セレクション 同意書

氏名	ふりがな	学年	年生
住所	〒 — —		
電話番号	— —	生年月日	西暦 年 月 日
所属チーム名	※ない場合は「なし」とご記入ください		
スクール名	※アビスパのスクール生のみご記入ください		
希望スクール			

同意書

申込にあたり、本人の健康状態が良好であり、活動について問題のないことにつき、責任を持ちます。
応募はセレクション合格後、入会の意思があるものとします。
所属チームがある場合、本セレクション及び本クラスに参加することにつき、チームの了解を得ています。
※（活動中の事故の補償、責任はアビスパ福岡が加入している保険会社の約定通りとします。）

「個人情報保護法」に基づき、皆様よりご提供いただきました個人情報を以下の利用目的により適切に取り扱います。

-
- ①運営者が作成する名簿への記載・緊急時の連絡・活動案内等の送付や連絡
 - ②アビスパ福岡オフィシャルホームページ・ブログ・SNSにて撮影した画像及び動画の公開
 - ③当クラブが取材（撮影）されたTV・雑誌・他、文字媒体への掲載（画像）及び放映（動画）
-

※尚、上記以外の利用目的で使用する場合は、別途通知いたします。

2019年5月10日付「アビスパ福岡サッカースクールスーパークラス・スキルアップクラスセレクション追加募集」実施のお知らせに記載された事項及び上記各事項（以下あわせて「記載事項」）を了承の上、本セレクションへの参加を申し込みます。

保護者（親権者）署名

印