



## アルティリー千葉U15 トライアウト参加に関する参加同意書

確認した項目にチェックを記入の上、該当箇所に署名、記入願います。

下記の項目について同意致します。

- 「アルティリー千葉U15 トライアウト概要」を確認し、参加をお願いいたします。
- 現在、地域クラブや部活動に所属している場合、その責任者より本トライアウトに参加の旨了の承を得たうえで参加をお願いいたします。なおクラブから責任者へ連絡させて頂く場合がございます。
- 当日、37.5度以上の発熱、咳、喉の痛み、倦怠感、一時的な嗅覚、味覚異常なども異変を感じる場合などはトライアウトの参加をお断りさせていただきます。
- 当日、選手が体調不良だと弊社スタッフが判断した場合、スタッフの指示に従い参加を中断させていただきます。
- 同居家族や身近な人に感染疑いがある場合、もしくは感染者と接触した場合、トライアウトの参加を控えるようお願いいたします。
- 当日は弊社スタッフからの注意があった場合、その指示に従うようお願いいたします。

所属チーム責任者連絡先(TEL又はMAIL): \_\_\_\_\_

所属チーム責任者署名: \_\_\_\_\_ (印)

年 月 日

選手名: \_\_\_\_\_

保護者: \_\_\_\_\_ (印)