



アズーサッカークラブ申し込み案内

小学生用 (1年生～6年生スクールコース)

下記の授業料・授業時間を参照して、お申し込み下さい。
詳しくは、スタッフまでお気軽にお問い合わせ下さい。

記

曜日	練習時間	番号
火曜日	17:00～18:30	①
水曜日	17:00～18:30	②
木曜日	17:00～18:30	③
金曜日	17:00～18:30	④

授 業 料

週1回	6,000円
週2回	8,000円
週3回	9,000円
週4回	10,000円

* 送迎有ります。(地区、時間が合わずご希望に添えない場合があります。ご了承下さい。)
(料金:週1回往復月額1,000円(例、火・水・金希望:3,000円)

連絡先 TEL0280-30-5191(代表)
瀬端携帯:090-3045-4087

----- 切り取り:申込書ご記入の上スタッフにご提出下さい。 -----

申 込 書(小学生用)

** 希望する番号の()内に○を付けてお申し込み下さい **

送迎	希望番号
① (行き・帰り)	① ()
② (行き・帰り)	② ()
③ (行き・帰り)	③ ()
④ (行き・帰り)	④ ()
計 回	計 回

住所 _____

TEL () _____

小学校名 _____ 学年 _____

氏名 _____

合 計 _____ 円

(授業料・送迎合計)

保護者 _____ 印 _____



アズーサッカークラブ

入 会 申 込 書

写真

3cm × 2.5cm

選手登録番号	
申込年月日	20 年 月 日

フリガナ				
入会者氏名				
生 年 月 日	20 年 月 日	血液型	型	
住 所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>			
電 話 番 号				
小 学 校 名				
出身チーム名				
保 護 者 氏 名			続柄 []	
			印	
			職業 []	
緊 急 連 絡 先				

私は、この度アズーサッカークラブに入会いたしたく保護者同意の上、申込み致します。入会後は、クラブの規律を守り指導者の指示に従うことを誓います。

月謝は毎月20日郵便局引き落としになります。

(お手数ですが郵便局に口座がない方は口座開設をお願いします。)

保護者誓約書

上記の者がアズーサッカークラブに入会しクラブの目的と精神に則ってサッカー指導を受け
る事を承諾し、併せて保護者としてこれに協力することを誓約いたします。

令和 年 月 日

保 護 者

印

健康申告書

(有)アズーサッカークラブ

フリガナ		血液型	性別
入会者氏名			
生年月日	20 年 月 日		

◎ 入会者の保護者をご記入下さい。

① 今までにかかったことのある病気に○印を付けて下さい。

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 貧血 | <input type="checkbox"/> 気管支喘息 | <input type="checkbox"/> 慢性気管支炎 |
| <input type="checkbox"/> 結膜炎 | <input type="checkbox"/> 角膜炎 | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 低血圧 | <input type="checkbox"/> 中耳炎 | <input type="checkbox"/> 先天性心臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> 腎炎 | <input type="checkbox"/> 内耳疾患 | <input type="checkbox"/> 動脈硬化 |
| <input type="checkbox"/> てんかん | <input type="checkbox"/> その他 | |

② 体質について該当する事項に○印を付けて下さい。

- | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 健康である | <input type="checkbox"/> 風邪を引きやすい |
| <input type="checkbox"/> 扁桃腺がよく腫れる | <input type="checkbox"/> 虚弱体質である |
| <input type="checkbox"/> ジンマシンがよくできる | <input type="checkbox"/> 結膜炎になりやすい |

③ 現在かかっている病気がありましたら詳しくご説明下さい。

病名 []

症状 ……………

治療状況 ……………

④ 身体的欠陥はありますか

- | | | | |
|------------------------------|----|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> はい | …… | 内容を具体的に | [] |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | | |

⑤ 精神的障害はありますか

- | | | | |
|------------------------------|----|---------|-----|
| <input type="checkbox"/> はい | …… | 内容を具体的に | [] |
| <input type="checkbox"/> いいえ | | | |

以上の通り相違ありません。

令和 年 月 日

保護者

印