



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	〒 [] [] [] - [] []			
電話番号				
小学校名				
出身チーム名				
保護者氏名			続柄 []	
			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