

U15, U16 沖縄県強化育成センター 参加同意書 及び 緊急時連絡カード

沖縄県バスケットボール協会 御中

記載日: 年 月 日

<参加選手> _____

ふりがな _____ JBA

参加者氏名 _____ (男 / 女) メンバーID: _____

生年月日(西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

身長 _____ cm 体重 _____ kg 血液型 A・B・O・AB 型 (RH +/-)

学校・チーム名 _____ 学年 _____ 年

<確認事項> (下記の内容を確認し、**□にチェック✓を入れてください。**)

- 肖像権・ビデオ撮影・写真撮影の取り扱いについては以下の通りとする。
 1. 育成センター実施内容の撮影は、指導内容共有や個人での利用目的としてのみ許可されます。
 2. 育成センター実施映像の SNS、インターネット上への配信を禁じます。
- 個人情報の取り扱いについては以下の通りであることを確認しました。
 1. 本事業により得た個人情報は、個人情報保護法に基づき適切に管理します。
また育成センター以外の目的に転用しません。
 2. 本事業により得た個人情報は、JBA強化・育成事業に利用することがあります。
- JBA「マルファン症候群に関する注意」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。
- JBA「都道府県育成センター活動についての方針」を確認しました。
(要確認)本事業の活動中・移動中における事故・けが・傷害、その他の事故については別途加入する保険の補償範囲内となります。

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。

保護者名 _____ 印 _____

住所 〒 _____

緊急時連絡カード

緊急時、この記載情報を救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。

| | | | |
|----------------------------------------|---------------|-------------------------------|---------------|
| 運動中、運動後にこれらの症状を起こしたことがあれば、「○」印をつけてください | | 失神・意識障害・呼吸困難・胸痛・脈の不整動悸・めまい・痙攣 | |
| 食物アレルギー | 無・有(詳細) | 薬アレルギー | 無・有(詳細) |
| 常用している薬 | 無・有(詳細) | 治療中の怪我や病気 | 無・有(詳細) |
| 過去の怪我や病気 | 無・有(詳細) | 手術歴 | 無・有(詳細) |
| その他伝えたい事 | | | |
| 緊急連絡先1(続柄) | 氏名 () TEL | 緊急連絡先2(続柄) | 氏名 () TEL |