

クラブ入会届					
フリガナ			生年月日		
参加者名	男 女	西暦 平成 令和 年 月 日			
住所	〒		学校名	学年	
			学校	年生	
保護者名					
保護者の連絡先	電話				
	メールアドレス				
当クラブまでの交通手段 (使用するすべて)	徒歩	分	電車	駅 ~ 駅	
	自転車	分	バス	~	
	自家用車	分	その他	何で	分
緊急連絡先①から順に連絡します。					
緊急連絡先①	名前：			続柄	
	電話：				
緊急連絡先②	名前：			続柄	
	電話：				
緊急連絡先③	名前：			続柄	
	電話：				
健康上の留意点・既往症 等					
※在籍校に伝えている情報がクラブに共有されることはないため、配慮が必要な事項は必ず記入ください。					
かかりつけ医（内科）			かかりつけ医（外科）		
<input type="checkbox"/>	【必須】規約内容を確認し遵守することに同意いたします				
<input type="checkbox"/>	【必須】クラブ内での活動状況について、必要に応じて在籍校へ情報提供することに同意します				
<input type="checkbox"/>	【必須】緊急連絡がつかなければ、救急搬送時の個人情報の提供に同意します				
<input type="checkbox"/>	【神戸市立中学生は必須】 クラブの活動中の怪我等に備え、保険の加入について神戸市教育委員会へ申請済みです				
<input type="checkbox"/>	【神戸市立中学生以外は必須】 クラブの活動中の怪我等に備え、スポーツ安全保険の加入を希望します				
<input type="checkbox"/>	【任意】クラブの公式SNSやホームページ等で名前や顔写真などを掲載することに同意します				