

下記にご記入いただき「0299-83-3219」までFAXにてご返信ください

平成29年度 鹿島学園高等学校サッカー部 セレクション参加希望者記入用紙

フリガナ 本人氏名		
保護者氏名	父	母
住所	〒	
電話番号 FAX番号	自宅電話	
	自宅FAX	
	携帯電話	
所属中学	中学校 (担任名)	
	住所 〒	
	TEL ()	
評定	2学年末又は3学年1学期の評定	
所属クラブ	(監督名)	
	監督連絡先(携帯電話)	
50m走	秒	
ポジションと利き足 (詳細に記入)		
身長・体重		
チームポジション (○で囲む)	レギュラー選手	準レギュラー選手 リザーブ選手
主な選抜歴・戦績	中学時の選抜歴	中学時のチーム戦績
プレーの特徴	(例)スピードの乗ったドリブル突破	
保護者同意	上記の者が平成29年度鹿島学園高等学校サッカー部セレクションに保護者の責任において参加することに同意します。 保護者氏名 _____ 印	

※同意の印鑑がない場合はセレクションに参加することができません。

セレクション担当 鈴木雅人宛(携帯 090-8723-9764)

サッカー部オフィシャルホームページ <http://www.kashimagakuen-fc.jp>

サッカー部父母会公式応援ホームページ <http://kashimagakuen-fc.blog.jp>

TEL 0299-83-3211 FAX 0299-83-3219