**2024年度　富山県育成センターに関する　保護者同意書**

 (一財) 富山県バスケットボール協会　御中

＜参加選手＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協会選手  登録番号 |  | | | | |
| カテゴリー | Ｕ１６ | | 男子　・　女子 | | |
| ふ り が な  選手氏名 |  | | | | |
| 所属チーム名  ※学校名又はクラブ名 |  | 学　年  ※〇をつける | | 高校  中学 | 年  ※2024年度4月時点 |
| 生年月日 | ２０　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日 | | | | |
| 身　　長 | cm | 体　重 | | ㎏ | |

**<確認事項>（下記の内容を確認し，チェックを入れてください）**

**□本事業に関する映像、肖像等の著作権等は主催の一般財団法人富山県バスケットボール協会に帰属することを確認しました。**

**□本事業の活動中・移動中における事故・けが・盗難・傷害，その他の事故についての補償する内容は、本事業が加入する保険の範囲内に限ることに同意します。**

**□本事業により得た個人情報は、選手の強化や発達段階の調査、怪我予防のデータとして利用することがあります。**

**□マルファン症候群に関する注意事項を確認しました。**

取得した個人情報は上記目的以外に使用することはありません。

本同意書の提出により、上記事項に承諾を頂いたものとして対応させて頂きます。

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。

２０　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な  保護者氏名 | 印 | |
| 住　　所 | 〒(  　　　　  -  　　　　   ) | |
| 電話番号 | 一般電話  ―　　　　　― | 携帯電話  ―　　　　　― |

※本同意書は、練習会で、各ＤＣスタッフにご提出ください。

**富山県育成センター　問診票**

記入年月日　　　　　年　　　　月　　　　日

緊急時，このカードに記載されている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。

本人情報

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性別 | 血液型 | | |
| 氏名 |  | 男　・　女 | A ・　B ・　O ・　AB 型  （RH＋／—） | | |
| 生年月日  (西暦) |  | 身長 | ｃｍ | 体重 | ｋｇ |

医療情報

|  |  |
| --- | --- |
| 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  （食物名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬アレルギー | 無　・　有  （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 常用している薬 | 無　・　有  （薬名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在治療中のケガや病気 | 無　・　有  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今までにかかった病気やケガ | 無　・　有  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 手術をしたことは？ | 無　・　有  （傷病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他伝えたい事 | 無　・　有 |

緊急連絡先 　　　（必ず第３連絡先まで記入してください。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 電話（携帯電話番号が望ましい） | 住所 | 本人との関係 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |