

2019年 長野県女子トレセンU-12 選考会 アンケート用紙

※保護者、チーム推薦責任者記入欄以外は選手本人がご記入ください。(サッカーを始めた年齢まで選手記入)

※選考会当日、受付に提出してください。 記入日 年 月 日

フリガナ			
選手氏名			
所属チーム	女子		
	男子		
見てほしいプレー			
サッカーでの目標			
スポーツ歴			
	サッカー以外にスポーツをやっていた、やっている場合は種目をお書きください		
GK選考の希望有無 (該当項目へ○)	FPで選考の申し込みをした選手で不合格だった場合、GKとして県トレセンへの参加を希望する 希望しない		
利き足	右 ・ 左 ・ 両足	サッカーを始めた年齢	歳
参加選手の 病歴・ケガ歴・アレルギー (保護者記入)			
チーム推薦責任者氏名	役職	氏名 _____	印

※アンケート内容はトレセン選考の参考にさせていただきます。

※ご記入いただいた情報は長野県女子トレセン事務局で厳重に管理・保管し、選考会以外の目的で使用しません。

作成: 長野県サッカー協会女子委員会 長野県女子トレセン事務局