



福井ブローウィンズ
U15クリニック参加同意書

※この「参加同意書」は必ず保護者をご記入ください。

クリニックに参加することに関し下記をご確認の上、□にレ点をご記入ください。

福井ブローウィンズU15クリニックの要項を確認しました。

クリニックへのエントリー等により収集した参加者の個人情報については

当クラブの厳密な管理の下、このクリニックに関する諸連絡に限り使用いたします。

クリニックで撮影された映像ならびに写真の著作権は当クラブに帰属します。

クリニックで撮影された映像ならびに写真は、福井ブローウィンズ公式ホームページならびに

SNS等への掲載、その他告知物の作成等の目的で使用することがあります。

クリニックで撮影された映像ならびに写真は、マスメディア等に使用される場合があります。

クリニック中のケガ等に関しては、当クラブが加入するスポーツ傷害保険で対応するものとします。

クリニック以外（移動中含む）での事件・事故等について、当クラブは一切の責任を負わないものとします。

記入日： _____

参加者氏名：（自署） _____

保護者氏名：（自署） _____