

# 【体験入会】 FAX : 0577-36-5422

事務局受付日	年 月 日	アルペン部長	育成委員長	事務局

## 岐阜県スキー連盟 SAGスキークラブU18『体験入会』申込書

ふりがな	性別	生年月日(西暦)	年齢
選手氏名	男・女	年 月 日	歳
所属校	学 年	所属スキークラブ (小学生のみ)	
ふりがな	住 所		
保護者氏名	TEL		
参加希望	①ピスラボ 30day's 【6月～9月】	参加希望日 月 日	②TRYTRAINING 【6月～11月】 参加希望日 月 日
※○をご記入ください。			
保護者連絡先 (携帯)	父	母	
メールアドレス			
体験者の 身体既往症			
<b>承 諾 書</b>			
年 月 日			
<p>■クラブの運営方針について承諾し、活動内容等クラブの決定に従います。</p> <p>■体験入会時における怪我等については、保護者の責任において対応することを承諾いたします。</p> <p>■体験入会での練習時において危険が存在すること十分に認識しており、全ての危険及びあらゆる事故等に対する責任は、保護者及び本人が負います。</p> <p>■練習中に、第三者に傷害や損害を与えた場合は、補償保険以外については、保護者の責任において賠償いたします。</p> <p>■体験入会時における会場までの移動については、保護者が行います。</p> <p>■活動の様子についてHPや広報誌等にて写真を掲載することについて肖像権使用を認めます。</p> <p style="text-align: right;">上記内容に同意し、体験入会申し込いたします。</p> <p style="text-align: center;">保護者署名 <span style="float: right;">印</span></p>			

### \* 申し込み先

岐阜県スキー連盟事務局内SAGスキークラブ 宛 FAX : 0577-36-5422

### \* 体験入会申し込みに関する注意事項

- 1 本体験入会申込書を、FAXしてください。  
(事務局に確認の電話をお願いします。)
- 2 体験入会で『ピスラボ30day's』に参加される場合の移動は、保護者の方でお願いします。  
また、トレーニング開始から終了まで、会場でお待ちいただきますようお願いいたします。  
トレーニング時間は、岐阜県スキー連盟HPでご確認ください。  
なお、ピスラボ30day'sについては、冬季スキーの経験が十分あること、スキーの脱着、リフト乗車等が一人で  
行うことができることが条件となります。  
また、サマーゲレンデ滑走時の注意事項については、ウイングヒルズスキー場HPでご確認ください。
- 3 『TRY TRAINING』に体験入会される場合は、運動のできる服装、体育館シューズ、飲み物等の準備をお願いします。
- 4 体験入会は、『ピスラボ30day's』、『TRY TRAINING』それぞれ1回までとなっております。
- 5 申し込みに伴いお預かりした個人情報については、適切なクラブ運営のみ利用させていただきます。