

Futebol Clube VILANOVA

入会日 2024年 月 日

ふりがな		生年月日	
本人氏名		(西暦)	年 月 日生
ふりがな		勤務先	
保護者名			
自宅Tel・Fax	Tel	Fax	
緊急連絡先①	続柄 ()		
緊急連絡先②	続柄 ()		
自宅住所	(〒 -)		
携帯メールアドレス			
学校名 (幼稚園・保育園)		学年	
身長	cm	体重	kg

希望コース (希望するコースに○で囲って下さい)

キッズスクール

インファン 週2回コース ・ 週1回コース (月曜日 ・ 木曜日)

ジュベニール ・ Jrユース

※保護者からの依頼事項 (健康状態・その他)

FCヴィラノーバ水俣の趣旨に賛同し、入会を希望します
保護者氏名

印