**２０２２年度　青森県バスケットボールU12強化事業**

**Ｒ５年　　月　　　日**

　保護者同意書兼健康チェックシート

下記のとおり参加を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　(ふりがな)　参加者氏名 |  | 生年月日　平成　　　年　　月　　日生 |
| 　在籍学校名（所属チーム）※学校の場合不要 | 　　　　　　　　　　　　　　　小学校（チーム：　　　　　　　　　　　　） |  性別 | 男　・　女 |
|  学年 | 　　　　　　　　年 |
| 参加者自宅　住所・ＴＥＬ | 〒　　　　－　　　　　　　TEL　　　―　　　― |
| 緊急連絡先 | ＴＥＬ　　　　　　－　　　　　　－ |
| 身　長 | 　　　　　　　　　ｃｍ | 競技者番号 |  |
| 備　考※ケガや病気等 |  |

＜　当日の体温及び健康状況　＞

令和５年　月　　日　体温　　　　℃　　健康状況

＜練習会前１週間におけるご自身の状況で、該当する事項の有無を〇で囲んでください。＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①　平熱を超える発熱（おおむね３７．５℃以上） | 有 | 無 |
| ②　咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 | 有 | 無 |
| ③　だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難） | 有 | 無 |
| ④　嗅覚や味覚の異常 | 有 | 無 |
| ⑤　体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 | 無 |
| ⑥　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無 | 有 | 無 |
| ⑦　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | 有 | 無 |
| ⑧　過去１４日以内に、政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある場合。 | 有 | 無 |

保護者名

　※この用紙は当日受付に提出してください。

**２０２２年度　青森県バスケットボールリフレッシュ研修会**

**Ｒ５年　　月　　日**

入場者健康チェックシート

|  |  |
| --- | --- |
| 地区 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 連絡先 |  |

＜　当日の体温及び健康状況　＞

令和５年　月　　日　体温　　　　℃　　健康状況

＜練習会前１週間におけるご自身の状況で、該当する事項の有無を〇で囲んでください。＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①　平熱を超える発熱（おおむね３７．５℃以上） | 有 | 無 |
| ②　咳（せき）、のどの痛みなど風邪の症状 | 有 | 無 |
| ③　だるさ（倦怠（けんたい）感）、息苦しさ（呼吸困難） | 有 | 無 |
| ④　嗅覚や味覚の異常 | 有 | 無 |
| ⑤　体が重く感じる、疲れやすい等 | 有 | 無 |
| ⑥　新型コロナウイルス感染症陽性とされた者との濃厚接触の有無 | 有 | 無 |
| ⑦　同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいる場合 | 有 | 無 |
| ⑧　過去１４日以内に、政府からの入国制限、入国後の観察期間を必要とされている国、地域等への渡航または当該在住者との濃厚接触がある場合。 | 有 | 無 |

※この用紙は当日受付に提出してください。