

平成26年度ジュニアエリートアカデミーキャンプ 第2次トライアウト

トライアウト応募用紙 [1枚目]

フリガナ		学年 (2013年度)	小学・中学	年
氏名		生年月日 (YYYY/MM/DD)	年	月 日

身長	cm	体重	kg	国籍	
指極	cm	指高	cm	足のサイズ	cm

住所	〒			
TEL		FAX		E-mail (携帯アドレス不可)

所属チーム	
TeamJBA メンバーID (9桁) <small>(JBAの登録をしている場合のみ)</small>	
指導者の方の連絡先	氏名: TEL:
学校名	

学校で測定したスポーツテストの結果 (測定した項目だけで構いません)					
握力(右)	kg	握力(左)	kg	上体起こし	回
長座体前屈	cm	反復横とび	回	立ち幅とび	cm
1000m持久走	分 秒	20mシャトルラン	回	50m走	秒
ソフトボール投げ	m	ハンドボール投げ	m		

小学校1年生から現在までの身長					両親の身長(必須)		
小1	cm	小2	cm	小3	cm	父	cm
小4	cm	小5	cm	小6	cm	母	cm
中1	cm	中2	cm	中3	cm		

スポーツ歴
●バスケットボール歴(始めた年齢、どういう活動をしてきたか、など)
●その他 バスケットボール以外の競技歴について
●家族(両親・兄弟・姉妹)のスポーツ歴 (特記事項があれば)

平成26年度ジュニアエリートアカデミーキャンプ 第2次トライアウト  
トライアウト応募用紙 [2枚目]

氏名	
----	--

学年 (2014年度)	小学・中学	年
----------------	-------	---

応募理由

学校での生活信条・得意科目・得意スポーツなど

自己PR

JBA使用欄

※本応募用紙は公益財団法人日本バスケットボール協会にて責任を持って管理いたします。

平成26年度ジュニアエリートアカデミー（ビッグマン&シューター）

# 参加同意書

公益財団法人日本バスケットボール協会 宛

ふりがな  
参加者氏名 \_\_\_\_\_ 身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日（小／中 \_\_\_\_\_ 年生）

TeamJBAメンバーID \_\_\_\_\_

上記の者の派遣を認めます。

平成26年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

\_\_\_\_\_ 立 \_\_\_\_\_ 学校

学校長 \_\_\_\_\_ 印

（小学生は不要）

学校住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

F A X \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

上記の者の派遣に保護者として同意します。また、本事業の報道発表並びにホームページにおける個人情報の掲載についても同意します。

平成26年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者住所 〒 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )



## No.2

今までのケガ(外傷・障害 既往歴)をご記入ください。

受傷 年月日	外傷／障害名	治療内容
		手術(有・無)
		手術(有・無)
		手術(有・無)

2回以上ケガをしたことのある部位

足首(右・左)・すね(右・左)・ひざ(右・左)・もも(右・左)・指(右・左)・腰・( )

現在、治療中のケガや病気はありますか？

整形外科	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可
内科	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可
その他	疾患名①( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可
	疾患名②( )	発症日	年	月	日	練習可 / 不可

上記疾患の治療方法をご記入ください。

整形外科	①
	②
内科	①
	②
その他	①
	②

### 【バスケットボール選手身体チェック項目】

指極間距離(両腕を横に広げたときの、左右の指先の間の長さ。壁にメジャーを貼ると測りやすい。;図1)

サムサイン(親指を中にして握った時、小指の端から親指が出る。;図2) cm  
 はい ・ いいえ

リストサイン(左手首を右手で握った時、右手の親指と小指が重なる。;図3) はい ・ いいえ

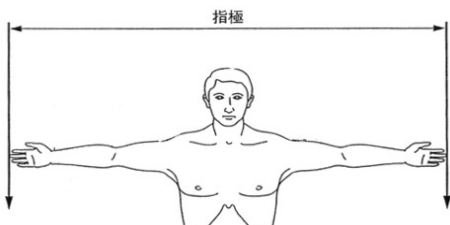


図1



図2



図3

本票へ全ての項目をご記入頂き、誤りがないことをご確認の上、ご署名をお願い致します。

日付 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

本人署名

\_\_\_\_\_

保護者署名

\_\_\_\_\_

印

以上で問診は終了です。ありがとうございます。