

2021年度 佐賀県バスケットボール 国体強化育成事業

U13 強化選手トライアウト 開催要項

1. 目的 2024 国スポに向けたターゲットエイジに対する発掘・育成・強化を図りたい。
2. 主催 一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会
3. 主管 一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会 強化委員会
4. 参加資格※①～④の全てに該当する選手
 - ①2021 年度 J B A チーム加盟・競技者登録が完了している選手
(加盟団体 一般社団法人佐賀県バスケットボール協会)
 - ②令和3年度 中学1年生
 - ③県代表を目指し、意欲的に参加できる選手
 - ④個人で損害保険に加入している選手
5. 開催日：令和3年6月19日(土)9:00～(8:30～受付)
会場：佐賀市立成章中学校
※参加人数によっては、複数の会場になる場合があります。
6. 選手選考
 - ①20名程度選出する。
※選考結果については、7月1日(木)までに所属チームに書面でお知らせ致します。
 - ②選考については、コーディネーション能力、基礎体力、基礎技術などを確認するメニュー、および対戦方式のメニューを実施する。
7. 応募方法
応募開始 令和3年 5月24日(月)
締め切り 令和3年 6月7日(月) 12:00 ※これ以降の応募は受け付けません。
参加申込書に必要事項を記入の上、メールにて応募する。参加申込書に必要事項を記入の上、チーム責任者(顧問)がメールにて佐賀県バスケットボール協会U15強化委員に申し込みを行うこととする。また、参加選手はトライアウト日(6月19日)に保護者印を押した参加申込書(印鑑付)、問診票、体調チェックシートを提出する。

<応募先>

男子選手 佐賀県バスケットボール協会U15強化委員 溝上郁夫

E-mail: mizokami-ikuo@education.saga.jp

女子選手 佐賀県バスケットボール協会U15強化委員 千住靖明

E-mail: senju-yasuaki@education.saga.jp

8. 備考

- ①飲料は各自で準備すること。ボールやビブスを持参する必要はありません。
- ②服装についての指定はありません。
- ③当日、体温チェック表を提出すること。項目の「ある(いる)」に✔のある方は、感染症予防の観点から参加をご遠慮ください。
- ④お申込みいただいた個人情報は、本事業の諸手続き及び連絡のためだけに利用するものであり、他の目的に利用することはありません。

9. 注意事項

- ①厚生労働省・スポーツ庁・日本バスケットボール協会(以下JBA)・佐賀県・県教委などが定める『新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止への対応について』、会場校からの注意事項を遵守ください。なお今後、感染状況の緩和もしくは再燃により、国・JBA・県協会・会場校などの対応が変更になることが予想されます。各機関のHPを細目にチェックするなど情報収集に努め、運営にご協力いただきますようよろしくお願いいたします。トライアウトの準備・実施・事後処理に至るまで参加する皆さんの安心安全を確保しつつ、かつトライアウトを無事に終了させるには、特に生徒・保護者の皆様のご理解・ご協力が必要不可欠です。
- ②マスクは常に着用する事。(実技中必要に応じて外す場合もある。)時前に各自着替え・準備運動を終えておくこと。指定された更衣室を使用すること。体育館への入場待ちは決められた間隔を開けて待機する事。アルコール消毒は基本的に各自で持参する事(アレルギーなど対策のため)。現時点では、保護者の練習見学は認めません。ビデオ・写真撮影は認めません。実技前・終了後に体育館の外で立ち話など必要以上の滞在をしない事。当日37.5度以上の場合は入場をご遠慮いただきます。コロナウイルス拡散防止の為、練習会前後に濃厚接触者と認定された場合、または、その疑いがある場合は直ちに委員長に連絡してください。

10. 選考後の活動計画

第1回の練習会は8月21日(土)を予定しています。その後毎月第3土曜日の午前中を基本として、年7~10回の練習会を行う予定です。

連絡先 (一社)佐賀県バスケットボール協会 強化委員会 委員長 中村洋介 TEL:090-1089-8529
--

2021年度 佐賀県バスケットボールU13トライアウト

参加申込書

一般社団法人 佐賀県バスケットボール協会 会長 祖 岩 亨 道 殿

参加者氏名 _____

ふりがな _____

保護者氏名 _____ 印

住 所 〒 _____

電話番号 _____

JBA メンバーID _____

生年月日 (西暦) _____ 年 _____ 月 _____ 日

身 長 _____ c m 体 重 _____ k g 血液型 _____

令和3年度所属学校名 _____ 学年 _____

所属チーム _____

チーム責任者 (顧問) 氏名 _____

チーム責任者 (顧問) 連絡先 (電話番号) _____

※確認事項 (下記の内容を確認し、チェックを入れて下さい)

上記選手の事業への参加について保護者の同意を得ている。

マルフアン症候群に関する注意事項について確認している。

各自で傷害保険に加入している。