

F C 町田ゼルビア フットボールスクール スペシャルクラス セレクション 健康チェックシート

健康チェックシートは、F C 町田ゼルビアフットボールスクールスペシャルクラスセレクションにおいて、新型コロナウイルス感染症の拡大を防止するため、参加者の健康状態を確認することを目的としています。

本健康チェックシートに記入いただいた個人情報について、当クラブは、厳正なる管理のもとに保管し、チーム関係者の健康状態の把握、来場可否の判断および必要なご連絡のためにのみ利用します。また、個人情報保護法の法令において認められる場合を除き、ご本人の同意を得ずに第三者に提供いたしません。但し、活動会場等にて感染症患者またはその疑いがある方が発見された場合に必要範囲で保健所等に提供することがあります。

< 基本情報 >

カテゴリ <small>(対象に○をしてください)</small>	U-7・U-8・U-9・U-10・U-11・U-12	緊急連絡先	
フリガナ		生年月日	西暦 年 月 日
氏名		電話番号	
		Eメールアドレス	
住所	〒		

< セレクション当日の体温 >

日付	体温
/ ()	°C

< セレクション当日前 2 週間における健康状態 > ※該当するものにチェックを記入してください

チェック項目	チェック欄
① 平熱を超える発熱がない	
② 咳(せき)、喉の痛みなどの風邪症状がない	
③ だるさ(倦怠感)、息苦しさ(呼吸困難)がない	
④ 臭覚や味覚の異常がない	
⑤ 体が重く感じる、疲れやすい等がない	
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がない	
⑦ 同居家族や身近な知人に感染が疑われる方がいない	
⑧ 過去14日間以内に政府から入国制限、入国後の観察期間が必要とされている国、地域等への渡航又は当該在住者との濃厚接触がない	
⑨ その他、気になること (以下に自由記述)	

< セレクション当日選手同伴者 >

同伴者①	氏名	当日の体温	°C
同伴者②	氏名	当日の体温	°C
同伴者③	氏名	当日の体温	°C
同伴者④	氏名	当日の体温	°C

上記を報告しセレクションへの参加を承諾いたします

< 保護者 確認欄 >

保護者氏名

確認日 西暦 年 月 日