 **서울 이랜드 FC 유스아카데미 테스트신청서**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | **지원분야** | **U - 12**  |
| **사진** | **성명** | **한글** |  | **생년월일** |  |
| **3X4** | **영문** |  | **나이** |  | **학년** |  |
| **연락처** | **집** |  | **포지션 (선호 순위)** |
| **핸드폰** |  | **①** | **②** | **③** |
| **E-mail** |  |  | **CF** |  |
| **보호자** | **성명** |  | **LWF** |  | **RWF** |
| **관계** |  |  | **AMF** |  |
| **핸드폰** |  |  | **DMF** |  |
| **신장**  |  **cm** | **체중** |  **kg** | **LB** | **CB** | **RB** |
| **주 사용발** |  | **혈액형** |  | **발 사이즈** |  |  | **GK** |  |
| **현 소속팀** |  | **배번** |  |  |
| **주소****(부모 거주지)** |  | **부모와 동거여부** **(O / X)** |  |
| **학력사항** | **재학기간** | **학교명** | **상태(졸업 / 재학)** | **학업 성적** |
| **0000.00 - 0000.00** | **00초등학교** | **졸업** |  |
| **0000.00 - 0000.00** | **00중학교** | **0학년 재학** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **선수경력** | **기간** | **소속팀명** | **지도자** |
| **감독** | **코치** |
| **0000.00 - 0000.00** | **00클럽 or 00학교 축구부** |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | 　 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **수상경력** | **일자** | **세부내용 (연령별 대표팀 및 골든에이지 선발경력 등)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  **의료관련 사항** |
|  \* 최근 3~5년 사이에 앓았던 병력이 있습니까? ( 예 / 아니오 )  |
|  있다면 무슨 병 입니까? ( )  |
|  \* 수술한 적이 있습니까? ( 예 / 아니오 )  |
|  있다면 어떤 부위입니까? ( ) |
|  \* 기타 병력에 관련해 있으면 기재해 주십시오. ( ) |
| 　 |
|  **서울 이랜드 FC 유스아카데미에 지원하게 된 동기를 적어주세요.** |
|  |
|
|
|
|
|
|
|
|  **숙지 사항** |
|  **\* 본인은 구단이 정한 테스트 기간 동안 테스트에 성실히 임할 것을 약속합니다.** |
|  **\* 테스트 기간 동안 훈련 및 경기 시 당한 부상 등에 있어 구단은 일체의 책임을 지지 않습니다.** |
|  **\* 팀 훈련에 참여하는 유소년 선수의 과거 병력 및 훈련 시간 이외의 장소에서 상해, 법적분쟁, 금전적 손실 등에** |
|  **대하여 구단과 팀 지도자는 그 책임이 없음을 알려드립니다.** |
|  **\* 서울 이랜드 FC 유소년팀은 합숙을 하지 않으며, 훈련장 이동 시 선수 개별로 이동합니다.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 본인 및 보호자가 이 내용을 읽고 모든 것을 충분히 인식하였음. |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| 위와 같이 입단 테스트를 희망하며, 위 기재 내용이 사실과 다른 경우에는 입단 취소 등 |
| 구단의 어떠한 조치에도 이의를 제기하지 않겠습니다. |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
| **20 년 월 일** |
| 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  **지 원 자 : ( 서명 )**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |
|  **보 호 자 : ( 서명 )**  |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

**\*서류제출 시 파일명은 지원팀명\_지원자 성명\_SEFC 테스트 신청서로 저장 후 E-mail(youth@elandsports.com) 제출**

(ex) U12\_홍길동\_SEFC 테스트 신청서