

2012年度 (公社)千葉県サッカー協会ゴールキーパークリニック実施要項

1. 目的 : (公社)千葉県サッカー協会の2種・3種のゴールキーパーに対し、必要な知識と基本技術を習得するための練習法を身につけ、競技力向上を図る。
2. 主催 : 公益社団法人千葉県サッカー協会
3. 主管 : 千葉県サッカー協会技術委員会 GK 育成部
4. 期 日 :

			実技開始時刻
⑤地区 (千葉市周辺地域)	I	8月 6日 (月)	15:00
(I、II、IIIテーマ別に行う)	II	8月 20日 (月)	15:00
	III	8月 23日 (木)	15:00
⑥地区 (船橋市を中心とする周辺地域)		10月 8日 (月)	13:00
5. 会 場 :

	雨天時の会場	運営責任者	会場責任者
⑤ フクダ電子スクエア	(大雨以外実施)	田村 (市立稲毛)	同左
⑥ 薬園台高校グラウンド	(未定 : 講義)	山口 (薬園台)	同左
6. 参加対象 : 千葉県2種・3種・女子所属のゴールキーパー及び指導者
7. 日 程 : 各会場の開始時間による。ご確認ください。
(最寄りの会場か参加できる日程でお選び下さい。)
実 技 : 2時間~最大3時間 (雨天時、講義の場合 1時間30分~2時間)
8. 講 師 : 千葉県サッカー協会技術委員会GK育成部・技術委員
9. 内 容 : 実技 : 基本技術の習得 (キャッチング、ステップング、ローリングダウン、ダイビング、他)
: 講義 (雨天時、実技不可能の場合) : 基本理論とトレーニングのポイント
10. 携行品 : ボール1個、実技のできる服装 (半袖・長袖シャツ)、筆記用具、体育館シューズ
11. 参加申込 : 参加承諾書を添えて、希望する会場の10日前、必着で下記宛、郵送でお申し込み下さい。参加承諾書はpdfファイルからプリントアウトして下さい。

申込先

〒274-0077 船橋市薬園台5-34-1 県立薬園台高校内 山口 和夫 宛
--

問合せ 電話番号 047-464-0011 携帯電話 090-4527-8363
F A X 047-463-4039

(公社)千葉県サッカー協会ゴールキーパークリニック

参加承諾書

本人氏名		参加会場及び期日	
ふりがな		・ _____ 月 _____ 日希望 _____ 地区 ・ _____ 月 _____ 日希望 ・ _____ 月 _____ 日希望	
生 年 月 日	現 所 属 チ ー ム 名	学 年	
平成 年 月 日 歳		中学・高校 年	
現 住 所			
緊急連絡先 _____			
身長	体重	前 出 身 チ ー ム	G K 経 験 年 数
cm	kg		年
運 動 能 力			
50m	秒	スローイング	右投げ ・ 左投げ
キック	右きき ・ 左きき	ハンドボール投げ	最長 m
リフティング	最高 回	プレースキック	最長 m
GKキック	パントキック ・ ドロップキック	最長	m
上記の者が千葉県サッカー協会ゴールキーパー講習会に参加することを承諾します。			
平成 年 月 日	チーム責任者名		印
プライバシーポリシー同意書			
ご記入いただきました個人情報について、(公社)千葉県サッカー協会は講習会運営・事務連絡の目的において使用します。目的以外に使用しないことを徹底し、厳正なる管理のもとに保管します。			
個人情報の取り扱いについて同意します。		保護者氏名	印