

各チーム代表者 様
保護者 様

(公社) 福岡県サッカー協会技術委員会
技術委員長 井手 春芳
3 種技術委員長 北岡 英行

福岡県 U-15 トレセンリーグ実施要項 (兼 2018 前期福岡県トレセン U-15 選手一次選考会)

下記の通りに、福岡県 U-15 トレセンリーグを実施いたしますので連絡いたします。

記

1. 日 時 平成 30 年 3 月 11 日(日) 各地区集合 最低試合開始 1 時間前
スタッフ集合 8:00 (打合せのため、県スタッフならびに各地区最低 1 人は参加)
2. 会 場 福岡フットボールセンター人工芝グラウンド A ピッチ
〒813-0018 福岡県福岡市東区香椎浜ふ頭 1-2-16
TEL 092-674-2900
※ 駐車場のスペースがありませんので、なるべく各地区で乗り合わせてご来場ください。
3. 携 行 品 サッカー用具一式、ボール 1 個、トレーニング用の飲料水
参加料 1,000 円 (グラウンド使用料として)
4. 参加対象選手 福岡, 筑豊, 北九州, 筑後地区のトレセンチームとギラヴァンツ北九州
(アビスパ福岡は、九州リーグと日程が重なっているため今回不参加)
5. 参加の心得 オンザピッチ, オフザピッチ共に各地区の選抜選手として責任のある態度で臨んでください。
ゴミなどは全て持ち帰ってください。

※今回の県トレセンリーグの試合を参考にして、2018 前期福岡県 U-15 の一次候補選手を選考していきます。

※選考された選手は、下記の日程で福岡県トレセンの活動に参加する義務を負います。もし、これらの活動に参加できない場合は、県トレセン研修生辞退の意向を必ず連絡して下さい。

2018 前期福岡県トレセン U-15 活動日程 (予定)

回	月/日	曜	会場	内容	参加選手	備考
1	4/22	日	福岡フットボールセンター	研修会 (最終選考会)	県トレセン研修生候補選手	
2	5/27	日	福岡フットボールセンター	研修会	県トレセン研修生	
3	6/24	日	福岡フットボールセンター	研修会	県トレセン研修生	
4	8/16	木	福岡フットボールセンター	強化試合	県トレセン研修生	関東・関西のトレセンチームとの強化試合
5	8/17	金	福岡フットボールセンター	強化試合	県トレセン研修生	関東・関西のトレセンチームとの強化試合
6	9/23	日	福岡フットボールセンター	研修会	県トレセン研修生	

◆ 責任者 平尾 信晃 (福岡県トレーニングセンター U-15 チーフ)
携 帯 TEL 090-4747-6194
Mail ssym@aqua.ocn.ne.jp

福岡県 U-15 トレセンリーグ 試合スケジュール

3月11日(日) 総当たり形式30分ゲーム(11対11)

福岡, 筑豊, 北九州, 筑後, ギラヴァンツによる総当たり

1. 福岡 対 ギラヴァンツ 9:00~9:30 (相互)
2. 筑豊 対 北九州 9:35~10:05 (相互)
3. 筑後 対 ギラヴァンツ 10:10~10:40 (相互)
4. 筑豊 対 福岡 10:45~11:15 (相互)
5. 筑後 対 北九州 11:20~11:50 (相互)

休憩

6. 筑豊 対 ギラヴァンツ 13:00~13:30 (相互)
7. 福岡 対 筑後 13:35~14:05 (相互)
8. 北九州 対 ギラヴァンツ 14:10~14:40 (相互)
9. 筑豊 対 筑後 14:45~15:15 (相互)
10. 福岡 対 北九州 15:20~15:50 (相互)

選手解散 16:00頃

各カテゴリー選手選考会議 16:00~ (研修会館)

3種トレセンスタッフ会議 18時00分より (研修会館)

※ 会場使用時間の関係で、開始時間が早くなっています。開会行事は省きます。2試合目以降のチームは遅くとも試合開始1時間前までに集合してください。

※ 選手選考会議終了後に3種トレセンスタッフ会議を行います。各地区から最低1名は出席してください。

参 加 確 認 書

保護者が、下記の「参加の要件に」に関わるいっさいの責任をもって、
福岡県U-15研修生として

(氏名) _____

が参加することを同意します。

平成 年 月 日

保護者住所 〒 _____

TEL () _____

緊急連絡先 () _____

保護者氏名 _____

参加の要件

1. 福岡県サッカー協会が主催するトレセン研修会等に必ず参加すること。
2. 九州サッカー協会・日本サッカー協会が主催するトレセン研修会への参加推薦を受けたときには、参加の義務を負う。
3. 上記に必要な経費は、全て自己負担とする。
4. 上記に関わる傷害等については、研修生にスポーツ傷害保険をかけ、保険給付額をもって保障の全てとする。

氏名	ふりがな	チーム名	生年月日	
		(在籍中学校)	20 年 月 日	年齢 歳
住所 〒		TEL		
保護者氏名		本人との関係		
ポジション		協会登録番号	身長	
利き足	ウェアの サイズ	上 M, L, O, XO 下 M, L, O, XO	体重	

※全てのデータを必ず正確に記入してください。