

休 会 届

年 月 日

有度フットボールクラブ
FCモデフィオ

代表 様

下記期間につきまして休会をお願いいたします。

予定休会期間	年 月 日 ~ 月 日
--------	-------------

選手氏名	
保護者氏名	印

休会理由 (番号に○)	① ケガ ② ①以外の場合は下記に記入をお願いします。
----------------	--------------------------------

■ 休会について

ケガ等で、1ヶ月以上サッカーができない場合に休会扱いとします。

休会扱いとなるのは、1日～月末の1ヶ月とします。

【例】4月15日にケガ（全治1ヶ月）をした場合の休会は、5月1日～31日の1ヶ月となります。

※ただし5月15日に復帰した場合は、休会扱いとなりません。

■ 休会中の会費納入について

休会の場合は毎月の引落はありません。