

インクルーシブフットサル 2017 実施要項

1. 目的 障がいのある方もない方も、サッカーを楽しみながら交流を図り、お互いの障がいや個性を理解するとともに、明るく楽しく積極的に社会参加していく意欲を育てる。
2. 主催 (公財) 茨城県サッカー協会
3. 主管 (公財) 茨城県サッカー協会 フットサル委員会
4. 協力 茨城県知的障がい者サッカー連盟
2. 日時 平成29年1月22日(日) 9:30~15:00
3. 場所 旧七会中学校体育館 東茨城郡城里町大字小勝2268-3
4. 参加資格 趣旨に賛同し、フットサルを楽しみたい小学生以上の方またはチーム(1チーム5人以上)または個人(個人の場合は個人参加者同士で結成又は他チームに編入)。
5. 競技方法 参加チーム数により、交流戦形式で組み合わせを決定。(1チーム3~4試合を予定)
6. 服装 ①室内用のフットサルシューズまたはそれに準ずるものを着用。
②背番号入りのユニホーム又はビブスを着用する。
7. 競技上の注意 ①選手の交代、負傷や治療によるピッチへの出入りは、主審の許可を必要とする。
②対戦する2チームのユニホームが識別しにくい場合は、コイントスにより勝った方がユニホームを着用し、負けたチームは副ユニホームまたはビブスを着用する。
③その他競技に関連することは本部と打ち合わせをし、決定する。
8. 参加費用 300円/人(当日徴収)
9. 救護 大会本部では応急処置のみ行なう。その他については各チームの責任で対応することとする。大会本部でもスポーツ傷害保険に加入するが、各チームで保険に加入していることが望ましい。
10. 申し込み 下記アドレス・FAXへ、参加者または参加チーム名で申し込む(1月14日必着)。
申込メールアドレス: kazu1ge@lagoon.ocn.ne.jp
11. その他 申し込み締め切り後、組み合わせを決定して代表者に組み合わせ表を送付する。
12. 問合せ先 (公財) 茨城県サッカー協会フットサル委員会 市毛 和夫
TEL/FAX 029-247-9092
携帯 090-2448-9072