



A.S.D. PALLACANESTRO FARIGLIANO



Palazzetto dello Sport Piazza San Giovanni 12 ter - 12060 Farigliano (CN)
www.pallacanestروفarigliano.it - segreteria@pallacanestروفarigliano.it

MODULO ISCRIZIONE ALLA STAGIONE SPORTIVA 2022-2023

PINK Under17 (VBF)

SEZIONE 1 – ANAGRAFICA ATLETA

GRUPPO

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	
INDIRIZZO		COMUNE DI RESIDENZA	
CODICE FISCALE:		DOCUMENTO: indicare il tipo e la sua scadenza	
TELEFONO DI CASA:		CELLULARE ATLETA	
CELLULARE MADRE	WA	CELLULARE PADRE	WA
EMAIL			

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA'

E' obbligatorio fornire un recapito telefonico che sia sempre raggiungibile, in caso di emergenza, durante gli allenamenti/partite, in caso di assenza dalla struttura sportiva del genitore.

DATI DEL GENITORE PER EMISSIONE RICEVUTA FISCALE (che effettua l'iscrizione, obbligatorio per i minorenni)

COGNOME		NOME	
DATA DI NASCITA		COMUNE DI NASCITA	
CODICE FISCALE:		relazione con l'atleta	

QUOTA ISCRIZIONE CORSI

SEZIONE DA COMPILARE DA PARTE DELLA SEGRETERIA DELLA PALLACANESTRO FARIGLIANO, AL MOMENTO DELLA CONSEGNA DEL MODULO DI ISCRIZIONE

Tipo pagamento	QUOTA	Ricevuta n°
BONIFICO Allegare copia	350€	

Bonifico Bancario sul conto intestato a **ASD PALLACANESTRO FARIGLIANO**
Banca Alpi Marittime - Iban: IT13Y0845046310000000022248

Indicando nella causale

PROMOZIONE e NOME/COGNOME/ANNO NASCITA dell'atleta

Per informazioni è attiva la mail segreteria@pallacanestروفarigliano.it

SEZIONE 2 – VISITA MEDICA SPORTIVA

Data scadenza	Ente sportiva	(allegare fotocopia della dichiarazione di idoneità alla pratica)

Gli atleti che hanno già compiuto 11 anni, devono effettuare la visita medico/sportiva “**AGONISTICA**” presso :

- A.S.L. (utilizzando il modulo che potete richiederci ad allenamento o via mail segreteria@pallacanestrofarigliano.it)
- Centro Medico privato

SENZA LA VISITA MEDICA IN CORSO DI VALIDITA' NON SI POTRA' PARTECIPARE AD ALLENAMENTI E PARTITE

SEZIONE 3 – AUTORIZZAZIONI E LIBERATORIE

#1 – USCITA DA ALLENAMENTI E PARTITE

NOME COGNOME		Relazione con atleta	
-----------------	--	-------------------------	--

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a ad andare a casa da solo e/o con un conoscente (indicato di seguito) :

NOMINATIVO	
NOMINATIVO	

al termine dell'attività di PALLACANESTRO esonerando gli istruttori da ogni tipo di responsabilità che si può verificare da quell'orario in poi

⇒ Farigliano,

⇒ Firma del genitore

#2 – SEGNALAZIONI MEDICO SANITARIE

ALLERGIE ALIMENTARI (in caso di feste)	
ALTRE SEGNALAZIONI	

#3 - LIBERATORIA/ AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E VIDEO DI MINORI

NOME COGNOME		Relazione con atleta	
-----------------	--	-------------------------	--

AUTORIZZA

Senza limiti di tempo, anche ai sensi degli artt.10 e 320 cod.civ. e degli artt.96 e 97 legge 22.4.1941,n.633, legge sul diritto d'autore la Società sportiva PALLACANESTRO FARIGLIANO alla pubblicazione e/o diffusione in qualsiasi forma delle foto e/o riprese video ritraente il citato minore e per le quali il soggetto ha liberamente fornito o posato, nei generi: foto- ritratto – riprese video, senza forzatura alcuna, ai fini della comunicazione e promozione dell'attività sportiva da inserire sul proprio sito internet, sulla pagina ufficiale del gruppo Facebook, Instagram, Twitter e sulla stampa cartacea tradizionale.

⇒ Farigliano,

⇒ Firma del genitore

RAPPORTO GENITORI E SOCIETA'

Gli atleti e le famiglie dichiarano di impegnarsi a contribuire e ad agevolare l'opera educativa e sociale della società Pallacanestro Farigliano, di partecipare alle riunioni periodiche, di contribuire a presenziare alle altre attività organizzate, di fornire supporto durante le partite, nonché di mettere a disposizione l'uso dei propri mezzi di trasporto per le trasferte alle partite/gare.

Se i genitori dell'atleta fossero disponibili a collaborare con la società Pallacanestro Farigliano indicare in quale ambito:

_ SEGNAPUNTI _ DIRIGENTE _ COLLABORATORE _ SPONSOR _ ARBITRO _ ALLENATORE