



## 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

**CENTRO MB MOROZZO : gruppi con 2 allenamenti + divisa + partite  
AQUILOTTI/ESORDIENTI (2011/13) – SCOIATTOLI (2014/16)**

#### SEZIONE 1 – ANAGRAFICA ATLETA

#### GRUPPO

COGNOME				NOME			
DATA DI NASCITA				COMUNE DI NASCITA			
INDIRIZZO				COMUNE DI RESIDENZA			
CODICE FISCALE:				DOCUMENTO: <small>indicare il tipo e la sua scadenza</small>			
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

Pagamento UNICO	QUOTA	Ricevuta n°
MONO RATA 31.10.2023	<b>250€</b>	
Pagamento RATEALE	QUOTA	Ricevuta n°
PRIMA RATA 31.10.2023	<b>200€</b>	
SECONDA RATA 31.12.2023	<b>100€</b>	

Bonifico Bancario sul conto intestato a **ASD PALLACANESTRO FARIGLIANO**

Banca Alpi Marittime - Iban: IT13Y0845046310000000022248

Indicando nella causale

**NOME/COGNOME/ANNO NASCITA dell'atleta**

Per informazioni è attiva la mail [segreteria@pallacanestروفarigliano.it](mailto:segreteria@pallacanestروفarigliano.it)

## SEZIONE 2 – VISITA MEDICA SPORTIVA

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

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