



A.S. DIL. BASKET POSAL

SESTO SAN GIOVANNI

POLISPORTIVA ORATORIO SAN LUIGI - ANNO DI FONDAZIONE 1955

STELLA D'ARGENTO AL MERITO SPORTIVO

MODULO ISCRIZIONE CAT. GIOVANILI – STAGIONE SPORTIVA 2024/2025

DATI ATLETA

Scrivere in modo chiaro e leggibile

COGNOME: _____

NOME: _____

DATA DI NASCITA: _____

LUOGO DI NASCITA: _____

CODICE FISCALE: _____

RESIDENZA: _____

VIA – N°: _____

CAP: _____

Dati GENITORI

PADRE

COGNOME: _____

NOME: _____

COD. FISCALE: _____

CELL.: _____

TEL. CASA: _____

MAIL: _____

MADRE

COGNOME: _____

NOME: _____

COD. FISCALE: _____

CELL.: _____

TEL. CASA: _____

MAIL: _____

REGOLAMENTO UE n- 679/2016

Autorizzo ed acconsento al trattamento dei miei dati personali e dell'atleta nel rispetto della vigente normativa sulla privacy, compreso l'inserimento di immagini di natura sportiva e di vita sociale sul sito internet e pagine social della Società, relative ad eventi organizzati dalla Società o in gare prese parte dall'Associazione.

ESONERO DI RESPONSABILITA'

Esonero l'Associazione Sportiva Dilettantistica Basket Posal da ogni responsabilità per eventuali danni fisici e/o patrimoniali che potranno derivare dallo svolgimento delle attività sportive a cui parteciperà l'atleta tesserato nel caso in cui non siano diretta conseguenza di dolo da parte dell'Associazione.

ASSICURAZIONI

Con il tesseramento l'atleta avrà a disposizione una copertura assicurativa Infortuni fornita dalla Società, nonché l'assicurazione base FIP stipulata con primaria Società di Brokeraggio Assicurativo (per info www.fip.it).

Dichiaro di accettare le assicurazioni di cui sopra e con la firma del presente modulo rilascio dichiarazione liberatoria impegnandomi a rinunciare a qualsiasi risarcimento danni eccedente i valori dei massimali previsti dalle polizze assicurative.

Prendo inoltre atto che tutte le prestazioni sanitarie, il cui rimborso è previsto dalle polizze, saranno anticipate dai diretti interessati e le franchigie previste saranno a carico degli stessi.

Gli eventuali rimborsi assicurativi saranno a favore dell'atleta assicurato (genitori nel caso di minore).

CERTIFICATO MEDICO

Per poter partecipare a prove, allenamenti, tornei e campionati, è **OBBLIGATORIO** per gli atleti che hanno compiuto gli 11 anni o comunque al compimento dell'11° anno di età solare (quindi dal 1° gennaio dell'anno nel quale si compiono gli 11 anni, indipendentemente da giorno e mese in cui si è nati) sottoporsi a **VISITA MEDICO SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALLA PRATICA AGONISTICA**.

APPROVAZIONE ESPRESSA

DICHIARO DI AVER PRESO VISIONE E DI ACCETTARE IL REGOLAMENTO, LE QUOTE D'ISCRIZIONE E L'ORARIO DEI CORSI.

Sesto San Giovanni, ____/____/____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____

FIRMA DELL'ATLETA _____

N.B. La somma versata all'atto dell'iscrizione o nel corso dell'anno sportivo non verrà restituita in caso di rinuncia o ritiro da parte dell'iscritto o di sospensione delle attività imposto dai provvedimenti emergenziali dal Governo Italiano.

SEDE LEGALE: Via Roma,7 – 20099 Sesto San Giovanni

CAMPO DI GIOCO E SEGRETERIA: Palacarzaniga – Via Giorgio Enrico Falck, 110 – 20099 Sesto San Giovanni

Partita IVA: 00833140965 – Codice Fiscale: 06664460158

Cellulare segreteria: 3343820052

Mail segreteria: segreteria.posal@gmail.com

Mail Presidente: presidenza.posalbasket@gmail.com