

ALLEGATO 1 – MODULO PER IL CENSIMENTO DELLE SOCIETA' CHE SVOLGONO ATTIVITA' NELLE CATEGORIE DI BASE: Piccoli Amici e/o Pulcini e/o Esordienti

**FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO – SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO
STAGIONE SPORTIVA _____**

COM. REGIONALE _____ DELEGAZIONE PROV.LE/DISTRETTUALE _____
 Nome Società _____ Anno affiliazione FIGC _____
 Lega, Settore e/o Divisione di appartenenza: LNP LegaPRO LND SGS Calcio a 5 Calcio Femminile
 Indirizzo _____ E-mail _____
 Cap: _____ Città _____ Provincia _____ Tel. _____ Fax sede _____
 LA SOCIETA' E ANCHE C.A.S. DALL'ANNO _____ N° CODICE CONI _____
 (SE SI, ALLEGARE MODELLO RICONFERMA CAS)
 Presidente _____
SCUOLA CALCIO : Dirigente Responsabile _____ Tel. _____ Orario di reperibilità _____
 Tecnico Responsabile _____ Tel. _____ Orario di reperibilità _____
 Segretario _____ Tel. _____ Orario di reperibilità _____

NOMINATIVI DEGLI ISTRUTTORI RESPONSABILI DELLE SEGUENTI CATEGORIE:

* All. I Cat. - 2 All. II Cat. - 3 All. III Cat. - 4 All. Base - 5 All. Calcio 5 - 6 All. Istr. Giovani Calciatori - 7 Istruttori CONI FIGC - 8 ISEF - 9 Istr. non in possesso di qualifica del S.T. FIGC
 Nel caso in cui il Tecnico rientri in più qualifiche, sopra riportate, barrare **tutte** le caselle interessate

Categoria	Nome e cognome	Qualifica								N. matricola Settore Tecnico	Giorni ed orario di allenamento
		1	2	3	4	5	6	7	8		
Piccoli Amici											
Pulcini											
Esordienti											
Giovanissimi											
Allievi											
Altri tecnici operanti											
nelle categorie di base											
(indicare la categoria)											

Squadre Giovanissimi reg. II _____ prov. II _____ n. giocatori reg. II _____ n. giocatori prov. II _____ n. giocatrici _____
 Squadre Allievi reg. II _____ prov. II _____ n. giocatori reg. II _____ n. giocatori prov. II _____ n. giocatrici _____
 Ha stipulato una convenzione con un Istituto Scolastico SI NO se sì quale _____
 Medico _____ Numero dell'ordine dei Medici _____ Tessera S.T. FIGC N. _____
 Psicologo _____ Numero dell'ordine degli Psicologi _____
 N. bambini 6-8 anni _____ N. bambini 8-10 anni _____ N. bambini 10-12 anni _____ Tot. Bambini _____
 N. bambine 6-8 anni _____ N. bambine 8-10 anni _____ N. bambine 10-12 anni _____ Tot. Bambine _____
 Quota d'iscrizione € _____ Quota mensile € _____ n. mesi _____ Totale annuo € _____
 La quota prevede abbigliamento sportivo SI NO; se la risposta è positiva indicare appresso quali capi di abbigliamento: _____

Strutture ed attrezzature a disposizione

Sede dell'impianto sportivo _____ Indirizzo _____ telefono _____
 Impianto di proprietà SI NO impianto in affitto SI NO impianto gratuito SI NO
 Campo regolamentare SI NO campo misure ridotte SI NO struttura al coperto SI NO
 spogliatoi n. _____ servizi igienici _____ docce n. _____ sala medica SI NO
 porte ridotte (4x2 m.) n. _____ (5x2 m.) n. _____ (6x2 m.) n. _____ Presenza del medico durante l'attività SI NO
 (4x2 m. bifronte) n. _____ (3x2 m.) n. _____ porte ridotte altre misure _____ dimensioni _____ palloni (n.4) _____ (n.3) _____
 Altro: _____

Il Presidente della Società, dichiara veritieri i dati sopra forniti e conferma la partecipazione alle seguenti attività previste dalla F.I.G.C. per la corrente stagione sportiva: "Piccoli Amici" "Pulcini" "Esordienti" "Fun Football"
 "Sei Bravo... a Scuola di Calcio" "Giovanissimi" "Allievi"

Si impegna, inoltre, alla diffusione ed alla consegna della "Carta dei Diritti dei Bambini e dei Doveri degli Adulti"

.....
 data

.....
 timbro della Società e firma del Presidente

IL PRESENTE MODELLO HA VALIDITÀ SOLO SE COMPILATO IN OGNI SUA PARTE

SPAZIO A CURA DEL COORDINATORE FEDERALE REGIONALE SGS (da non compilare):

Valutati gli aspetti tecnico/organizzativi e didattici della Società, si propone l'assegnazione della seguente tipologia:

Scuola di Calcio Qualificata **Scuola di Calcio** **Centro Calciistico di Base**

Scuola di Calcio a 5 Qualificata **Scuola di Calcio a 5** **Centro di Base di Calcio a 5**

Per i seguenti motivi.....

.....
 Il Coordinatore Federale Regionale SGS