



Modulo di iscrizione per **NUOVI ISCRITTI** –
settore giovanile- stag. calcistica 2024-25



A.S.D. ATLETICO SORDIO

DATI DEL GENITORE

Il /la Sottoscritta/o.....
Nato/a a..... Prov.....il.....
Codice Fiscale.....residente a.....
In vian°..... Cap.....
Tel. Cell.
E-Mail.....
In qualità di PADRE MADRE TUTORE DI:

DATI DEL FIGLIO/A

Nome.....Cognome.....
Nato/a a Prov.....il.....
Codice Fiscale.....residente a
In vian°..... Cap.....

Prima iscrizione Proveniente da altra Società – (indicare quale):

CHIEDE

Che lo stesso venga iscritto al settore Giovanile della Società sportiva *A.S.D. Atletico Sordio* per la stag. calcistica 2024 / 2025 -

Per l'ISCRIZIONE sono necessari:

- **Modulo di iscrizione e foglio sulla Privacy** debitamente compilati e firmati dai genitori
- **Certificato (plurimo) Stato di famiglia/residenza/nascita** (rilasciato dal Comune di residenza) **O**
- **Dichiarazione sostitutiva di certificazione** da scaricare sul sito www.asdatleticosordio.it
- Per i **NUOVI ISCRITTI MAI TESSERATI** serve il **codice fiscale** (fotoc. tessera sanitaria)
- **1 foto-tessera** (per gli atleti del 2015 e sopra gli 8 anni per chi non è mai stato tesserato)
- **Certificato medico** di idoneità fisica per la pratica di attività sportiva.
- **Per chi ha + di 12 anni e li compie durante la stagione calc. (da luglio '24 /giugno'25)** serve **CERTIFICATO MEDICO SPORTIVO AGONISTICO** (chiedere in segreteria per il modulo per visita convenzionata)
- **Quota di iscrizione : € 290,00** – (comprensiva di: quota associativa, iscriz. FIGC – LND, assicurazione) – **sconto di 50€** per il fratellino- **Per chi ha 3 figli (2 quote intere e 1 gratis)**
- **Modalità di pagamento** : c/assegno banc. o attraverso **Bonifico Bancario**. Tutti i pagamenti documentati dalla ricevuta di versamento da noi opportunamente certificati, potranno essere portati in detrazione con le modalità e i limiti di legge stabiliti di volta in volta dal fisco.

Qui di seguito dati per B.B.

<i>Modalità di pagamento</i>	<i>Beneficiario</i>	<i>Dati Bancari</i>	<i>Causale</i>
Bonifico Bancario	ASD ATLETICO SORDIO	Banca di Credito Cooperativo Laudense Lodi	Cognome /Nome/Annata del giocatore
		IBAN: IT34 K087 9470 3500 0000 0100 740	seguito dalla dicitura: "QUOTA ISCRIZIONE STAG. CALCISTICA 2024/2025"



A.S.D. ATLETICO SORDIO

- Per il versamento della quota viene richiesto un **ACCONTO** di €50 all'atto dell'iscrizione.
- Può essere effettuato in un'unica soluzione a saldo, a 30gg dalla data di iscrizione oppure :
in 2 rate: 1^rata a 30gg , 2^ a 60gg . dall'iscrizione
- In caso di **MANCATO VERSAMENTO** della 2^rata entro il termine stabilito, la Società si riserva di sospendere la partecipazione dell'atleta alle attività/competizioni. In caso di **RINUNCIA** dell'atleta alla frequenza dei corsi, gli importi versati **NON** verranno restituiti. Inoltre, eventuale **RICHIESTA** di **SVINCOLO** dell'atleta non verrà esaminata dalla Società in mancanza di **pagamento dell'intera quota**
- Dopo aver effettuato l'iscrizione è necessario presentarsi per la **firma del modulo di TESSERAMENTO FIGC (genitore e atleta)**
 - Per i bambini stranieri **SOPRA** gli 8 anni di età, è necessario il **certificato storico di residenza**.
 - Accetto il regolamento societario letto sul sito della Società **ASD ATLETICO SORDIO**.

MODULO PRIVACY **INFORMAZIONI RELATIVE AL BAMBINO** **E INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

I dati raccolti nella presente scheda di iscrizione e quelli eventualmente allegati sono acquisiti e utilizzati per fini di carattere societari, sportivi e istituzionali della Federazione Italiana Giuoco calcio e della Lega Nazionale Dilettanti, in applicazione della legge 675/96 (tutela della Privacy).

I dati raccolti saranno trattati anche attraverso strumenti informatici automatizzati e potranno essere comunicati ad altri settori, come l'Amministrazione Comunale e, in forma anonima e aggregata, a istituti pubblici sempre nell'ambito delle funzioni istituzionali.

Il titolare della banca dati è il legale rappresentante dell'A.S.D. Atletico Sordio, con sede in Sordio (LO) in Via Madre Cabrini, 5. Si prega inoltre di presentare il **CERTIFICATO MEDICO**, comprovante, la situazione sanitaria del bambino/a assumendosi la responsabilità di false dichiarazioni che potrebbero compromettere la salute del bambino e dei compagni.

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere consapevole che la **A.S.D. ATLETICO SORDIO**, può utilizzare i dati contenuti nel presente modulo di iscrizione esclusivamente nell'ambito e per fini propri della **A.S.D. ATLETICO SORDIO**. Autorizza la **A.S.D. ATLETICO SORDIO**, ad effettuare riprese con videocamera nonché riproduzioni fotografiche del bambino/a durante lo svolgimento delle attività sportive, al solo fine di costruire una memoria storica del percorso di crescita avvenuto nell'ambito del campo gioco.

Concede con la presente l'autorizzazione alla pubblicazione anche sul sito internet della società, delle immagini fotografiche del/della figlio/a effettuata dalla **A.S.D. ATLETICO SORDIO**, riconoscendone alla stessa titolarità e la proprietà. Dal canto suo il proprietario delle immagini si impegna a non farne uso alcuno che possa risultare lesivo della dignità o della reputazione del soggetto fotografato.

Il diritto delle immagini si intende concesso fino al 31/12/2026, intendendo con tale termine la data oltre la quale le immagini in oggetto non potranno più essere fatte oggetto di alcuno utilizzo.

Data _____ Firma _____