



POST SCUOLA SPORTIVO – VOLLEY S3

LUOGO:

Palestra Scuola Media I.C. Angelica Balabanoff

GIORNI ED ORARI DI SVOLGIMENTO:

Lunedì e Mercoledì dalle 16.30 alle 18.00 circa per 1[^] e 2[^] classe
Martedì e Giovedì dalle 16.30 alle 18.00 circa per 3[^], 4[^] e 5[^] classe

PERIODO DI SVOLGIMENTO:

19 Settembre 2022 – 9 giugno 2023

MODALITA' OPERATIVE

I bambini frequentanti il plesso (scuola Elementare) **saranno prelevati** all'orario di uscita dalla scuola direttamente da personale autorizzato dell'Associazione, munito di delega.

PER ISCRIVERSI o SVOLGERE DELLE PROVE CONTATTARE IL 3476231990 oppure scrivere a segreteria@dreamteamroma.com

CERTIFICAZIONI MEDICHE RICHIESTE:

Certificato Medico per attività sportiva NON agonistica in corso di validità

ISTRUTTORI QUALIFICATI:

Gli istruttori che svolgeranno l'attività sono Laureati in Scienze Motorie e/o Smart Coach (figura specifica della Federazione Italiana Pallavolo per la fascia di riferimento)

ETA' DEI PARTECIPANTI:

Sono ammessi all'attività bambini dai 5 ai 9 anni compiuti

COSTO ATTIVITA':

Tramite Bonifico Bancario intestato ad ASD Dream Team Roma IT26S0832703227000000005860

70 € (iva compresa per Vestiario*)

325 € Quota Attività Annuale
(125 all'iscrizione – 100 € al 15/11 – 100 € al 15/01/23)

**Comprende 2 T-shirt allenamento, 1 Felpa, 1 Zaino*

A.S.D. Dream Team Roma – Associazione Sportiva e Dilettantistica -

Via Sebastiano Satta 215 00159 Roma -

Tel. 064381254 – Cell. 3384615249

mail: segreteria@dreamteamroma.com Web: www.dreamteamroma.com

Cod. Fipav 120600906 Cod. Coni 36645

C.F. 97310840588 P.IVA 10383401006



**Modulo Raccolta Dati
(COMPILARE IN STAMPATELLO)**

Nominativo Bambino/a _____

Data e Luogo di Nascita del/la Bambino/a _____

C.F. _____

Indirizzo di Residenza: _____ Classe Scolastica _____

Dati del Genitore

PADRE

Nominativo Padre _____

Data e Luogo di Nascita del Padre _____

C.F. _____

E MAIL _____

CELL _____

MADRE

Nominativo Madre _____

Data e Luogo di Nascita della Madre _____

C.F. _____

E MAIL _____

CELL _____

EVENTUALI DELEGHE PER LA CONSEGNA A FINE ATTIVITA'

(andranno allegati copie dei documenti di identità dei delegati)

Nominativo _____

Data e Luogo di Nascita _____

C.F. _____

E MAIL _____

CELL _____

Documento Identità _____

Nominativo _____

Data e Luogo di Nascita _____

C.F. _____

E MAIL _____

CELL _____

Documento Identità _____

Nominativo _____

Data e Luogo di Nascita _____

C.F. _____

E MAIL _____

CELL _____

Documento Identità _____

Firma Madre _____

Firma Padre _____ Data e Luogo: _____

A.S.D. Dream Team Roma – *Associazione Sportiva e Dilettantistica* -

Via Sebastiano Satta 215 00159 Roma -

Tel. 064381254 – Cell. 3384615249

mail: segreteria@dreamteamroma.com Web: www.dreamteamroma.com

Cod. Fipav 120600906 Cod.Coni 36645

C.F. 97310840588 P.IVA 10383401006