



POST SCUOLA SPORTIVO – SCUOLE MEDIE – Under13/14

LUOGO:

Palestra Scuola Media I.C. Angelica Balabanoff

GIORNI ED ORARI DI SVOLGIMENTO:

Lunedì e Mercoledì dalle 18.00 alle 19.30 per 1[^]-2[^]e 3[^] Media

PERIODO DI SVOLGIMENTO:

12 settembre 2022 – 30 giugno 2023

MODALITA' OPERATIVE

PER ISCRIVERSI o SVOLGERE DELLE PROVE CONTATTARE IL 3476231990 oppure scrivere a

segreteria@dreamteamroma.com

CERTIFICAZIONI MEDICHE RICHIESTE:

Certificato Medico per attività sportiva agonistico o non agonistico (legato all'età) 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 ragazzi/e dal 2009 al 2011

COSTO ATTIVITA':

Tramite Bonifico Bancario intestato ad ASD Dream Team Roma IT26S0832703227000000005860

70 € (iva compresa per Vestiario*)

350 € Quota Attività Annuale (per i soli iscritti alla scuola)
(125 all'iscrizione – 125 € al 15/11 – 100 € al 15/01/23)

**Comprende 2 T-shirt allenamento, 1 Felpa, 1 Zaino (se si svolgeranno campionati saranno richiesti 30 euro in più per il kit da gioco)*

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: _____

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 _____

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

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 _____

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