



# STAGIONE 2019-2020

## PAGAMENTO tramite BONIFICO BANCARIO

### RETТА ANNUALE

- Se pagata in TRE RATE entro la fine di DICEMBRE 2019 : 300.00 EURO così suddivisi:
  1. Euro 100.00 entro FINE OTTOBRE
  2. Euro 100.00 entro FINE NOVEMBRE
  3. Euro 100.00 entro FINE DICEMBRE
  
- Se pagata in QUATTRO RATE : 320.00 EURO così suddivisi:
  1. Euro 80.00 entro FINE OTTOBRE
  2. Euro 80.00 entro FINE DICEMBRE
  3. Euro 80.00 entro FINE FEBBRAIO
  4. Euro 80.00 entro FINE MARZO

### SCONTO SECONDO FRATELLO : 35.00 EURO

### RETТА PER UN SOLO GIORNO DI ATTIVITA'

- Se pagata in TRE RATE entro la fine di DICEMBRE 2019 : 260.00 EURO così suddivisi:
  4. Euro 100.00 entro FINE OTTOBRE
  5. Euro 100.00 entro FINE NOVEMBRE
  6. Euro 60.00 entro FINE DICEMBRE
  
- Se pagata in QUATTRO RATE : 280.00 EURO così suddivisi:
  5. Euro 70.00 entro FINE OTTOBRE
  6. Euro 70.00 entro FINE DICEMBRE
  7. Euro 70.00 entro FINE FEBBRAIO
  8. Euro 70.00 entro FINE MARZO

### PAGAMENTO MEDIANTE BONIFICO BANCARIO.

La ricevuta del pagamento è valida ai fini delle detrazioni fiscali.

A favore di	Ass.Dil. Basket Lumezzane 25065 Lumezzane (BS)
Causale	N° Rata iscrizione minibasket 2019/2020 NOME E COGNOME ATLETA
Coordinate bancarie	IBAN IT84U0869254680004000404643

IMPORTANTISSIMO INSERIRE NELLA CAUSALE DI QUALE RATA SI RIFERISCE ( 1°RATA-2° RATA- 3° RATA)

E IL NOME E COGNOME DELL'ATLETA NON DI CHI EFFETTUA IL BONIFICO

## **INFORMAZIONI UTILI:**

- La partecipazione ad entrambi gli allenamenti giornalieri (primo e secondo gruppo) è da concordare con l'istruttore.
- Non è possibile partecipare ai corsi senza il certificato di buona salute e relativo elettrocardiogramma.
- Nella quota partecipativa è compreso:
  - assicurazione
  - completino
  - zainetto
  - felpa

**NB: IL MATERIALE VERRA' CONSEGNATO SOLAMENTE DOPO IL SALDO DELLA PRIMA RATA.**

## **NUMERI UTILI:**

**Responsabile Settore minibasket: Rachele 3498519418**

**Istruttore : Nicola 3409308231**

## **COMPILARE IN OGNI PARTE E RESISTUIRE**

### **DATI RICHIESTI ATLETA:**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**C.F.** \_\_\_\_\_

**NATO A :** \_\_\_\_\_

**IL:** \_\_\_\_\_

**CITTADINANZA:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN :** \_\_\_\_\_

**VIA:** \_\_\_\_\_

**Si necessita di una copia della carta identità e della tessera sanitaria dell'atleta.**

### **DATI RICHIESTI DI UN GENITORE (preferibilmente di quello che effettua il 730)**

**NOME:** \_\_\_\_\_

**COGNOME:** \_\_\_\_\_

**C.F.:** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE IN :** \_\_\_\_\_

**VIA:** \_\_\_\_\_

**EMAIL:**

---

## **CERTIFICATO MEDICO OBBLIGATORIO (con elettrocardiogramma):**

Come ben sapete, il “certificato di buona salute” è un documento obbligatorio per lo svolgimento delle attività sportive di Vostro figlio.

Anche per la stagione 19/20, il BASKET LUMEZZANE, vuole offrire un ulteriore servizio ai propri atleti, organizzando la visita medica **presso i propri centri**.

La visita verrà effettuata dal CentroPanathleticon S.R.L. di Brescia che con un medico dello sport e un’infermiera professionista, garantiranno le seguenti prestazioni:

- Scheda anamnestica
- Elettrocardiogramma
- Acuità visiva
- Visita specialistica.

**E’ certamente una verifica accurata dell’idoneità del bambino.**

**Il costo è di € 30,00 e verrà rilasciato per ogni atleta il proprio certificato.**

**N.B. PER TUTTI GLI ATLETI NATI NEL 2008 SI NECESSITA DI CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA’ FINO AL TERMINE DELL’ANNO SOLARE 2019. A PARTIRE DA GENNAIO 2019 DOVRANNO OBBLIGATORIAMENTE EFFETUARE LA VISITA MEDICA AGONISTICA** a carico della regione Lombardia. La società vi comunicherà in tempo il da farsi.

---

**Compilare la parte sottostante se intendete usufruire di tale servizio. Il costo di Euro 30,00 verrà pagato direttamente al momento della visita.**

**LA VISITA PER IL CERTIFICATO DI BUONA SALUTE VERRA’ EFFETTUATA ALL’INIZIO DEL MESE DI NOVEMBRE PRESSO LA PALESTRA SCUOLE MEDIE TERZILANA IN VIA RAGAZZI DEL ’99. IN DATE DATA (che vi verrà comunicata anzitempo con relativo orario) NON SI SVOLGERA L’ATTIVITA’ DI MINIBASKET**

**Desidero effettuare la visita medica presso il Vostro Centro. Stagione 19-20**

**Cognome e nome dell’atleta** \_\_\_\_\_

**Data di nascita** \_\_\_\_\_

**Località di residenza** \_\_\_\_\_

**Firma del genitore** \_\_\_\_\_