

**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