

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ATTIVITÀ AGONISTICA · STAGIONE SPORTIVA 2026/2027

Cognome e nome	Gruppo di appartenenza	FOTO Obbligatoria per neo-iscritti
----------------	------------------------	--

DATI ANAGRAFICI DELL'ATLETA · per il tesseramento FIPAV

Luogo di nascita (obbligatorio)	Data di nascita (obbligatorio)
Indirizzo (obbligatorio)	Città / CAP (obbligatorio)
Codice fiscale (obbligatorio)	Telefono
Cellulare (obbligatorio)	Email

CERTIFICATO MEDICO AGONISTICO · obbligatorio

☐ SÌ — certificato valido	☐ NO — da consegnare con il presente modulo
Validità fino al ____ / ____ / 20____	Il rinnovo deve essere consegnato entro la scadenza indicata.

DATI DEL GENITORE / ESERCENTE LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE

Cognome e nome (obbligatorio)	Telefono / cellulare (obbligatorio)
Email	Codice fiscale (se richiesto)

La partecipazione all'attività comporta il tesseramento alla Federazione Italiana Pallavolo (FIPAV), nel rispetto delle normative vigenti, anche in materia di vincolo sportivo. Con il tesseramento ogni atleta è coperto dalla polizza assicurativa stipulata dalla Federazione.

ATTENZIONE: il rilascio e la consegna alla società del certificato medico agonistico in corso di validità sono condizioni indispensabili per essere iscritti e ammessi in palestra, agli allenamenti e alle partite ufficiali.

In qualità di atleta maggiorenne, genitore o esercente la responsabilità genitoriale sul minore, dichiaro di aver letto l'estratto del regolamento allegato, di averlo compreso integralmente e di approvarlo senza eccezioni. Con la firma di accettazione confermo inoltre l'impegno al pagamento della quota associativa annuale secondo le modalità previste.

Foligno, ____ / ____ / 20____

Per accettazione

Firma dell'atleta _____

Firma del genitore (se minorenne) _____

ESTRATTO DEL REGOLAMENTO 2026/2027

Quote associative annuali e modalità di pagamento deliberate per la stagione sportiva 2026/2027.

QUOTA ANNUALE	PAGAMENTO RIDOTTO entro il 30/09/2026	PAGAMENTO IN 2 RATE
Serie D - 1^a/2^a Divisione - U18 - U16 - U14 - U13 - U12 Quota annua: € 440,00	€ 420,00 in unica soluzione entro il 30/09/2026	1 ^a rata € 220,00 entro il 30/09/2026 2 ^a rata € 220,00 entro il 15/01/2027
Volley S3 / Minivolley Quota annua: € 400,00	€ 380,00 in unica soluzione entro il 30/09/2026	1 ^a rata € 200,00 entro il 30/09/2026 2 ^a rata € 200,00 entro il 15/01/2027

La quota annuale deve essere saldata inderogabilmente alle scadenze indicate. La puntualità negli adempimenti amministrativi consente alla società di sostenere i costi di palestre, allenatori, assicurazioni, tasse gara, materiali e servizi. Per partecipare agli allenamenti ed essere convocati, gli atleti devono essere in regola con i pagamenti. Il mancato rispetto delle scadenze comporterà la sospensione dell'attività in palestra.

PAGAMENTO CON BONIFICO BANCARIO - IBAN IT93L0887121700004000004084 - Intestatario: FOLIGNO VOLLEY ASD

Tutti gli atleti, per essere tesserati, allenarsi e partecipare alle partite, devono essere in possesso di un certificato medico agonistico valido, da consegnare alla società all'atto dell'iscrizione.

TRASPORTO

L'Associazione sportiva declina ogni responsabilità per il trasporto degli atleti tesserati e invita i genitori a essere presenti in occasione delle gare in trasferta, così da garantirne la partecipazione.

TRATTAMENTO DEI DATI - REGOLAMENTO UE 2016/679

I dati saranno custoditi presso la sede sociale e utilizzati esclusivamente per i fini istituzionali dell'associazione (iscrizione al libro soci, tesseramento, compilazione dei moduli gara, denunce di infortunio e finalità statistiche); potranno essere trasmessi alla FIPAV. Il responsabile del trattamento è il Presidente della Società. È possibile richiedere in qualsiasi momento aggiornamento, verifica o cancellazione dei dati mediante comunicazione scritta alla società.

DIRITTI D'IMMAGINE

Con la firma del presente modulo, l'iscritto o chi esercita la responsabilità genitoriale autorizza l'utilizzo di immagini e riprese video-fotografiche realizzate durante le attività dell'associazione o in occasioni concordate con sponsor e organi di stampa, esclusivamente per finalità di promozione delle attività, ai sensi del Regolamento UE 2016/679. Dichiaro inoltre di conoscere e accettare le regole interne, le consuetudini e le norme di sicurezza dell'attività sportiva, ritenendola idonea e formativa per il proprio figlio o la propria figlia.

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE E AL TESSERAMENTO

Con la firma, l'iscritto o chi esercita la responsabilità genitoriale si impegna a osservare lo statuto sociale e il regolamento della FOLIGNO VOLLEY ASD ed esonera i suoi rappresentanti e istruttori da azioni e procedimenti relativi ai rischi connessi all'attività sportiva eventualmente non coperti dalla polizza FIPAV, nonché allo smarrimento o al furto di effetti personali. Dichiaro l'idoneità alla pratica sportiva, allegando copia del certificato medico, e autorizzo il tesseramento alla Federazione Italiana Pallavolo nel rispetto dei regolamenti vigenti e del vincolo sportivo applicabile in base all'età. Con il tesseramento l'atleta beneficia della copertura assicurativa prevista dalla Federazione.

CON L'ACCETTAZIONE DELLA DOMANDA, L'ATLETA MAGGIORENNE O CHI ESERCITA LA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DICHIARA DI AVER COMPRESO E APPROVATO INTEGRALMENTE IL PRESENTE ESTRATTO E RILASCIARE LE AUTORIZZAZIONI SOPRA INDICATE.

Firma per presa visione e accettazione

Data

____ / ____ / 20____