



SCHEDA ISCRIZIONE 2026/2027

MASCHILE

☐

FEMMINILE

☐

CATEGORIA _____

ATLETA:

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA (PROV.) _____
CITTADINANZA _____	CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO _____	
CAP _____	CITTÀ (PROV.) _____

Inviare mail a segreteriaatlantidebs@gmail.com allegando :

- a) SCHEDA DI ISCRIZIONE COMPILATA
- b) FOTOCOPIA fronte e retro della CARTA D'IDENTITÀ e della TESSERA SANITARIA dell'ATLETA
- c) copia distinta bonifico
- d) modulo F compilato con firma atleta e genitore

Se l'atleta NON ha CITTADINANZA ITALIANA, barrare questa casella ☐
--

Intestatario RICEVUTA PER DETRAZIONI FISCALI:

COGNOME _____	NOME _____
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA (PROV.) _____
CODICE FISCALE _____	INDIRIZZO _____
CAP _____	CITTÀ (PROV.) _____
TELEFONO / CELLULARE _____	EMAIL _____





STAGIONE SPORTIVA **2026/2027** presso:

☐

PALAZZETTO DI CAIONVICO

☐

PALAZZETTO SAN FILIPPO

☐

PALESTRA LICEO CALINI

Quota annuale da versare in **UNICA** soluzione al **TERMINE** delle due lezioni di prova (**barrare** categoria di appartenenza ed eventuale polizza integrativa facoltativa). Convenzione Comune BS= **iscrizione** sul portale Assessorato allo Sport di BS corsi di avviamento allo sport.

U22 M /2dM ☐	Euro 590,00	UNDER 17 F ☐	Euro 590,00
UNDER 19 M ☐	Euro 590,00	UNDER 15 F ☐ UNDER 14 F ☐	Euro 590,00 (convenzione Comune BS Euro 490,00)
UNDER 17 M ☐	Euro 590,00	UNDER 13 F ☐	Euro 590,00 (convenzione Comune BS Euro 490,00)
UNDER 15 M ☐ UNDER 14 M ☐	Euro 590,00 (convenzione Comune BS Euro 490,00)	MINIVOLLEY ☐	Euro 390,00 (convenzione Comune BS Euro 300,00)
UNDER 13 M ☐ UNDER 12 M o F ☐	Euro 590,00 (convenzione Comune BS Euro 490,00)	POLIZZA INFORTUNI INTEGRATIVA FACOLTATIVA ☐ (vedasi allegato)	Euro 65,00

MODALITA' DI PAGAMENTO:

☐ **CONTANTI:** EURO _____ **CONSEGNATI A** _____ **IL** _____

☐ **BONIFICO BANCARIO** intestato a **ATLANTIDE PALLAVOLO BRESCIA SSDRL**

IBAN: IT 13 Q 03332 11200 000002410775 **BANCA PASSADORE**

CAUSALE: "Iscrizione **COGNOME** e **NOME** atleta, **CATEGORIA**....." e, in caso di adesione alla polizza infortuni integrativa, aggiungere nella causale la dicitura "**COMPRESIVA DI ADESIONE POLIZZA INFORTUNI INTEGRATIVA**".

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n° 196 – Regolamento UE 679/2016 e successive modifiche (Codice in materia di Protezione dei Dati Personali – Privacy)

Con la sottoscrizione della presente scheda, per me medesimo e per mio figlio/a, in qualità di genitore AUTORIZZO la società ATLANTIDE PALLAVOLO BRESCIA all'uso dei dati personali per le finalità connesse alle attività sportive della società, come da informativa di cui ho preso visione sul sito www.atlantidepallavolobrescia.it

Data _____ Firma _____



Luogo e Data _____

Firma _____

DOTAZIONE SPORTIVA COMPRESA NELLA QUOTA DI ISCRIZIONE, DA RITIRARE PRESSO IL PALAZZETTO DI CAIONVICO (BRESCIA – VIA CARLO GOLDONI N.9) NELLE GIORNATE ED ORARI CHE SARANNO COMUNICATI DALLA SOCIETA'. POSSIBILITA' DI RICEVERE LA DOTAZIONE NELLA PALESTRA SCELTA IN FASE DI ISCRIZIONE CON SUPPLEMENTO DI EURO 20,00.

MINIVOLLEY

- assicurazione Fipav
- felpa
- n.2 t-shirt di allenamento
- calze
- sacca sportiva da palestra
- n.2 abbonamenti "TUCANO CARD" per assistere alle gare casalinghe della serie A2 maschile **CONSOLI SFERC ATLANTIDE PALLAVOLO BRESCIA**

CATEGORIE UNDER e DIVISIONE

- assicurazione Fipav
- visita medica
- tuta
- n.2 t-shirt di allenamento
- calze
- completo da gara
- zainetto
- n.2 abbonamenti "TUCANO CARD" per assistere alle gare casalinghe della serie A2 maschile **CONSOLI SFERC ATLANTIDE PALLAVOLO BRESCIA**

CONTATTI:

email: segreteriaatlantidebs@gmail.com

Roberto: 338 80 83 177



B.I. & P.I.
I N S U R A N C E B R O K E R

Polizza Infortuni Integrativa

Invalidità Permanente da Infortunio: € 100.000,00

Franchigia per invalidità permanente da Infortunio: 5%

Rimborso spese sanitarie a seguito di infortunio: € 2.500,00

N.B.: per apertura del sinistro, sarà indispensabile produrre il modulo d'ingresso al Pronto Soccorso.

Garanzie Comprese:

Rimborso spese per rette di degenza, assistenza medica, cure, medicinali ed esami conseguenti ad infortunio

Rimborso spese per visite specialistiche ed accertamenti medici, compresi onorari medici

Rimborso spese per trattamenti di terapia riabilitativa, fisioterapici a seguito dell'infortunio

Premio polizza annuale= € 65,00



B.I. & P.I. Srl Via Malta 7/C-25124 Brescia – Tel. 030224967 – Fax. 030221362 Mail. Biepi-srl@legalmail.it



www.atlantidepallavolobrescia.it



FEDERAZIONE ITALIANA PALLAVOLO PRIMO TESSERAMENTO ATLETI DI NAZIONALITA' ITALIANA

COMPILARE ON LINE

MODULO

F

2026/2027

I sottoscritti dichiarano di aver letto l'informativa relativa al trattamento dati personali (art. 13 e 14 del Reg. Eu 679/16) della FIPAV consultabile anche dal sito web <http://www.federvolley.it/gdpr> e di averne compreso finalità e ambiti di comunicazione. Dichiarano altresì di essere a conoscenza che l'onere di conservazione di tale documentazione è in capo al sodalizio.

I sottoscritti, firmando il presente modulo, dichiarano la propria cittadinanza italiana e di conoscere ed accettare la normativa vigente sul vincolo degli atleti.

Il presidente della società sportiva è garante dell'autenticità delle firme e responsabile della conservazione del presente modulo per cinque anni presso la sede sociale del sodalizio.

Per la Società

Codice Società

ATLANTIDE PALLAVOLO BS SSDRL

040130214

di

Data tesseramento

BRESCIA

Cat. : **AI** = Atleta italiano -- **NE** = Nato all'estero -- **NI** = Atleta che acquisisce cittadinanza italiana

Cat. ☐ ☐ Cognome Nome

M/F ☐ ☐ Data nascita Luogo nascita Prov

Codice fiscale Indirizzo (Via, Piazza, Corso, ect)

Cap Comune Prov Matricola

Firma leggibile dell'atleta

Firma leggibile di chi esercita la potestà genitoriale se l'atleta è minorenne

Dichiaro sotto la mia responsabilità che gli atleti tesserati col presente modulo sono stati riconosciuti idonei a svolgere attività sportiva e sono in possesso della prescritta certificazione medica depositata presso la società.

IL PRESIDENTE DELLA SOCIETA'

**SCHEMA DI VALUTAZIONE MEDICO-SPORTIVA PER I PRATICANTI GLI
SPORT DI CUI ALLA TABELLA "B"**

Cognome _____ nome _____

nato/a a _____ il _____

**ANAMNESI FAMILIARE: RIFERITA ALLA STORIA FAMILIARE (FRATELLI,
GENITORI, NONNI)**

Hai qualche familiare **deceduto per problemi cardiaci** o che abbia avuto una morte improvvisa, inaspettata o inspiegabile **prima dell'età di 50 anni**, compreso infarto del miocardio prematuro, sindrome della morte improvvisa infantile, annegamento o incidente d'auto inspiegato?

☐ Sì ☐ No se sì, quale _____

Hai membri della famiglia con:

- ☐ inspiegabili svenimenti ☐ crisi convulsive ☐ pre-annegamento ☐ problema cardiaco
☐ pacemaker o defibrillatori impiantati ☐ trapianto cardiaco ☐ chirurgia cardiaca o trattato per
battito cardiaco irregolare (aritmie) ☐ cardiomiopatia ipertrofica ☐ cardiomiopatia dilatativa
☐ sindrome di Marfan ☐ cardiomiopatia aritmogena del ventricolo destro ☐ sindrome del QT lungo
☐ sindrome del QT corto ☐ sindrome di Brugada ☐ tachicardia ventricolare polimorfa
catecolaminergica ☐ cardiopatia ischemica <55 anni se maschi, <65 se femmine ☐ diabete
☐ tumori ☐ ipertensione arteriosa ☐ asma e malattie allergiche ☐ malattie respiratorie
☐ malattie neurologiche ☐ malattie del sangue

ANAMNESI PERSONALE : RIFERITA AL PAZIENTE

Per le donne: età menarca (primo ciclo) _____ data ultima mestruazione _____

Per gli uomini: abile al servizio di leva (sì) (no)

Fumi (sì) (no) se sì, quante al giorno _____ Bevi alcolici (sì) (no) se sì, quanti mediamente al
gg./sett. _____

Stai facendo attualmente, o hai finito da poco, una cura con dei farmaci (sì) (no) se sì, quali e

perché: _____

Soffri attualmente o ti sono state diagnosticate in passato malattie come:

diabete (sì) (no) ipertensione arteriosa (sì) (no) malattie cardiache (sì) (no)
epilessia o malattie neurologiche (sì) (no) altro: _____

Interventi chirurgici subiti: _____

Infortuni rilevanti o fratture, se sì quali: _____

Quali sport pratici: _____ Da quanto: _____

Quando pratici sport accusi: ☐ disturbi improvvisi ☐ dolori toracici ☐ svenimenti

(sì) (mai) (raramente)

Dichiarazione

Io sottoscritto dichiaro di aver informato esattamente il medico delle mie attuali condizioni psico-fisiche e delle affezioni precedenti e di non essere mai stato dichiarato non idoneo, avere in corso sospensioni o essere in attesa di giudizio da parte di altro Centro. Inoltre mi impegno a non fare uso di droghe riconosciute illegali e do atto di essere informato sui pericoli derivanti dall'uso di fumo di tabacco, di sostanze dopanti e dall'abuso di alcool. Dichiaro altresì di essere consenziente ad eventuali controlli antidoping disposti dalla legislazione vigente

Firma del dichiarante (o del tutore se minore) _____