



Sleepaway SG Camp 2019

Specializzazione MINIBASKET

SG.Sport Arese – settore Pallacanestro
www.sgsport.it/pallacanestro

2° Edizione

PER CHI?

- Scoiattoli 2011 + Scoiattoli 2010
- Aquilotti 2009 + Aquilotti 2008 + Esordienti 2007

Il camp è aperto a tutti i bambini/e che vogliono divertirsi giocando a basket. *E' possibile iscriversi anche se l'atleta non è tesserato in nessuna squadra.*

QUANDO?

- da **domenica 30** giugno a **sabato 6** luglio 2019 (inizio allenamenti lunedì mattina)

DOVE?

- in Emilia-Romagna, a Salsomaggiore Terme (in provincia di Parma)
- presso Hotel *** "Roma" in via Pietro Mascagni, 10, Salsomaggiore Terme (PR) - Tel. 0524/57.33.71 - www.hotelromasalsomaggiore.it
- distanza: 136 km – 1h e 34' (fonte Google Maps Arese-Salsomaggiore Terme)

ARRIVI E PARTENZE

- i partecipanti dovranno presentarsi a Salsomaggiore Terme domenica (**nel pomeriggio, da confermare orario**) e dovranno lasciare le strutture di Salsomaggiore sabato (**dopo premiazioni e pranzo, da confermare orario**)

GIORNATA TIPO

- ore 7.45 sveglia + ore 8.30 colazione
- ore 9.30 riunione tecnica
- ore 10:00-12:00 attività campo basket
- ore 12.00 relax (in stanza per prepararsi) + ore 13.00 pranzo
- ore 14.30-16:30 attività campo basket
- ore 16:30-18:00 piscina
- ore 18:30 rientro con doccia + ore 19.30 cena
- ore 20:30 attività / uscita serale
- ore 22.30 in stanza e buonanotte

QUANTO COSTA?

- La quota comprende: accesso al campo da basket, assicurazione, piscina, kit del camp (tra cui una t-shirt), trattamento di pensione completa presso Hotel "Roma" [la quota non comprende il trasporto]
- PAGAMENTO in segreteria al Cici:
 - **Prezzo promozionale € 390 con acconto di € 190 entro venerdì 5 aprile 2019** e saldo di € 200 entro il 30 aprile 2019
 - oppure € 450 se l'acconto di €170 è versato da sabato 6 aprile e saldo di € 280 entro il 30 aprile 2019
 - possibilità di finanziamento

Informazioni:

- SG.Sport Arese Basket - www.sgsport.it/pallacanestro
- Luca Morelli: 320/0838376 - l.morelli@sgsport.it



MODULO ISCRIZIONE Sleepaway SG Camp 2019

Io sottoscritto/a _____, chiedo di poter iscrivere mio/a figlio/a
allo Sleepaway SG Camp - specializzazione MINIBASKET.

Dati Figlio/a			
Cognome e Nome (completo):			
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	
Residente a:		Prov.:	CAP:
Indirizzo:			
Codice Fiscale:			
Squadra (Scoiatt.2011, Scoiatt.2010, Aquil.2009, Aquil.2008, Esord.2007):			
Recapiti Telefonici			
Tel. Casa:		Cell. ragazzo/a:	
Cell. Padre:		Cell. Madre:	
E-mail 1:		E-mail 2:	
Preferenze compagni di stanza:			
NOTE (cosa gli piace fare nei momenti di pausa):			
Preferenza stanza (con chi vorrebbe stare in stanza in hotel):			

SCHEDA MEDICA

MALATTIE ESANTEMATICHE

<u>morbillo</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<u>mononucleosi infettiva</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<u>parotite</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<u>diabete</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<u>rosolia</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<u>epilessia</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<u>scarlattina</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<u>asma</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>
<u>varicella</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	<u>celiachia</u>	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>

ALLERGIE NO SI

se sì specificare _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI NO SI

se sì specificare _____

Dichiaro inoltre di conoscere e di accettare il regolamento del camp.

Mi impegno a presentare, al momento del check-in (ok anche via e-mail):

- fotocopia del tesserino sanitario della propria regione e della carta d'identità (fronte e retro)
- fotocopia della vaccinazione antitetanica e relativi richiami
- certificato (originale rilasciato dal medico) attestante "stato di buona salute" per la pratica di attività sportive non agonistiche (per i minori di 11 anni) e certificato "agonistico" (per maggiori di 10 anni)
- modulo privacy "NORME, AUTORIZZAZIONI E REGOLAMENTO" firmato
- in caso serva: compilazione modulo somministrazione farmaci (con prescrizione medica in allegato)

Data: _____

Firma _____