

Torneo internazionale di Pasqua a Cesenatico 11-14 aprile 2020

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



QUANDO?

- da **sabato 11 aprile a martedì 14 aprile 2020**

DOVE?

- a Cesenatico, in Emilia-Romagna
- distanza: 331 km – 3 h e 10' circa (fonte [Google Maps Arese-Cesenatico](#))
- presso EuroCamp, Viale Colombo 26, Cesenatico (FC), Tel. 0547.673555

TORNEO E IMPEGNI

- sabato 11 aprile:
 - ore 8.30 ritrovo al Cici, via dello Sport, 6 - Arese (partenza ore 8:45) **[DA CONFERMARE]**
 - **pranzo al sacco**
 - primo pomeriggio: inizio torneo con la prima partita
- martedì 14 aprile:
 - colazione all'EuroCamp
 - mattina opzione 1: in caso di non raggiungimento delle finali, il ritorno ad Arese è previsto in tarda mattinata
 - mattina opzione 2: in caso di raggiungimento delle finali ci saranno le gare di mattina con **pranzo al sacco** e ritorno ad Arese nel primo pomeriggio
 - mattina opzione 3: in caso di gare nel pomeriggio, il pranzo verrà offerto da EuroCamp

QUANTO COSTA? (pagamento in segreteria o ai dirigenti)

- ACCONTO entro **lun 2 marzo**: di **150 €**
- SALDO entro 5 aprile: 142 € (cifra massima del saldo, da definire in base al numero dei partecipanti). Vi daremo comunicazioni in seguito.
- TOTALE preventivato (DA CONFERMARE): **292 € ad atleta** (possono partecipare anche i genitori pagando pullman e hotel)
- NOTA: in caso di rinuncia, verrà trattenuta una quota del pullman e in base alle indicazioni degli organizzatori del torneo, verrà trattenuta una quota dell'hotel
- La quota per atleta comprende: trasporto A/R, sistemazione struttura EuroCamp con pensione completa (camere dai 4 ai 12 posti letto, dipende dall'organizzatore - dalla cena del sabato alla colazione del martedì), iscrizione al Torneo/tasse gara, gadget del Torneo, trasporto ai campi da gioco durante il torneo, assicurazione/assistenza medica, animazione serale, DiscoParty per tutti gli atleti/e il lunedì sera

Informazioni:

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

MODULO ISCRIZIONE Torneo di Pasqua a Cesenatico

Io sottoscritto/a _____, chiedo di poter iscrivere mio/a figlio/a al Torneo internazionale di Pasqua a Cesenatico.

Dati Figlio/a		
Cognome e Nome (completo):		
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Residente a (Comune):	Prov.	CAP:
Indirizzo (via...):		
Codice Fiscale:		
Squadra (U14 Bianco, U14 Blu, U15, U16):		
Recapiti Telefonici		
Tel. Casa:		Cell. ragazzo/a:
Cell. Padre:		Cell. Madre:
E-mail 1:		E-mail 2:

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 si specificare _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI NO SI

se si specificare _____

Dichiaro inoltre di conoscere e di accettare il regolamento di comportamento.

Mi impegno a presentare, al momento del check-in:

- fotocopia del tesserino sanitario della propria regione e della carta d'identità (per archivio)
- portare la carta d'identità in originale durante il viaggio
- fotocopia della vaccinazione antitetanica e relativi richiami
- certificato medico (in originale) per la pratica di attività sportive non agonistiche (per i minori di 11 anni) o certificato "agonistico" (per maggiori di 10 anni)
- fornire il consenso e firma del modulo trattamento dati personali (vedi su sito www.sgsport.it/pallacanestro oppure in segreteria Cici)
- in caso serva: compilazione modulo somministrazione farmaci (con prescrizione medica in allegato)

Firma _____