A.D. BASKET FEMMINILE MILANO

Via Bernardino Bellincione 26 - 20134 Milano – Italia **tel.** +39 333.2656610
P. IVA 07934720967 - **Codice Fiscale** 07934720967**- Affiliazione FIP 052728 - Registro CONI 178324**
www.basketfemminilemilano.it - info@basketfemminilemilano.it - 052728@spes.fip.it
IBAN: IT32H0306909606100000069236 intestato a A.D. Basket Femminile Milano

ISCRIZIONI MINIBASKET 2020-2021

Per effettuare l'iscrizione per la stagione sportiva 2020/2021, si prega di compilare e consegnare all'allenatore o al dirigente di squadra i seguenti documenti, anticipandoli via email all'indirizzo *info@basketfemminilemilano.it*:

- **Domanda di iscrizione debitamente compilata** (scrivere in stampatello e indicare mail) e **firmata negli appositi spazi**. Ricordiamo che indirizzi mail e numeri di telefono sono fondamentali per inviare alle famiglie comunicazioni inerenti all'attività sportiva. La ricevuta fiscale sarà intestata al genitore che effettuerà il bonifico e il cui codice fiscale sarà indicato nella sezione 2 della domanda di iscrizione.
- **Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali come previsto dal GDPR**: al termine dell'informativa troverete il consenso relativo al trattamento di dati e immagini; ricordiamo che è necessario per procedere al tesseramento in FIP, allo svolgimento dell'attività sportiva attraverso invio di comunicazioni da parte dell'Associazione e pubblicazione su sito e *social network* di cronache e immagini relative agli eventi sportivi di squadra e/o dell'Associazione stessa.
- **Certificato idoneità attività sportiva (non agonistica)**.

  Le atlete che nella passata stagione hanno giocato in altre società devono presentare la fotocopia del certificato in loro possesso. Le atlete BFM devono consegnarlo al dirigente di squadra non appena rinnovata la visita medico sportiva.

  SENZA CERTIFICATO MEDICO NON É POSSIBILE SVOLGERE L'ATTIVITÀ IN PALESTRA.

  BFM è convenzionata con i centri di medicina sportiva DELTAMEDICA, siti in:

  - Milano: Via Sannio 4 (0236757598) e Via Terzaghi 2 (0245374433); e
  - Rozzano: V.le Toscana (0257514194).

  La visita può essere prenotata direttamente on line dal sito *www.deltamedica.net/it*.
- **Fotocopia fronte/retro di un documento d'identità valido** per il riconoscimento prima delle partite.
- **Fotocopia della tessera sanitaria.**
- **Copia contabile del bonifico** di pagamento della quota d'iscrizione - inserire nella causale il cognome e nome dell'atleta e l'anno di nascita per favorire la corretta individuazione del bonifico.

Ricordiamo anche a tutti i genitori la possibilità di diventare **Soci dell'Associazione** che dà diritto a partecipare alle assemblee annuali con potere di voto. La domanda per diventare soci deve essere formulata compilando l'apposito modulo allegato con il pagamento della relativa quota annuale.

A.D. BASKET FEMMINILE MILANO

Via Bernardino Bellincione 26 - 20134 Milano – Italia **tel.** +39 333.2656610
P. IVA 07934720967 - **Codice Fiscale** 07934720967- **Affiliazione FIP 052728 - Registro CONI 178324**
www.basketfemminilemilano.it - info@basketfemminilemilano.it - 052728@spes.fip.it
IBAN: IT32H0306909606100000069236 intestato a A.D. Basket Femminile Milano

ISCRIZIONE ANNO SPORTIVO 2020/2021

COGNOME (completo) _____ NOME (completo) _____

Nata il _____/_____/_____ a _____ prov. ____ Nazionalità _____

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Cittadinanza: _____

Residente a _____ Via _____ n° _____ CAP _____

Cell. madre: _____ Cell. padre: _____ Cell. atleta _____

E-mail madre _____ e-mail padre _____

Scuola frequentata: _____ Numero Maglia _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE

☐ NUOVA ISCRIZIONE ☐ RINNOVO ISCRIZIONE

Io sottoscritto (dati del genitore) COGNOME _____ NOME _____,

1. chiedo che mia figlia sia iscritta all'A.D. Basket Femminile Milano per la stagione 2020/2021 alla SQUADRA

   ☐ ESORDIENTI (2009) € 400 ☐ GAZZELLE (2010 e 2011) € 400 ☐ LIBELLULE (2012, 2013 e 2014) € 400

2. Mi impegno a corrispondere la quota annuale di € 400 entro le scadenze indicate:

   ☐ in unica soluzione al momento dell'iscrizione; ☐ in 2 rate: la prima, per € 225, da pagarsi al momento dell'iscrizione e la seconda, per i residui € 175, a titolo di saldo, entro il 31/12/2020.

   IBAN: IT32H0306909606100000069236 - conto intestato a A.D. BASKET FEMMINILE MILANO – causale da inserire: COGNOME, NOME e ANNO DI NASCITA DELL'ATLETA

   ☐ Ho diritto alla riduzione di € 50 in quanto mia figlia è sorella di _____ iscritto/a a quota intera in una delle Società del Progetto Basket Giovani Milano (A.D. BASKET FEMMINILE MILANO, URANIA BASKET SSD ARL), che sarà sottratta all'importo pagato in unica soluzione, ovvero all'importo pagato a titolo di saldo entro il 31/12/2020.

☐ Chiedo di usufruire della riduzione di € 50, proposta da A.D. Basket Femminile Milano, a fronte dell'interruzione delle attività nella precedente stagione sportiva, essendo stata mia figlia regolarmente iscritta nella squadra _____ e in regola con i pagamenti dovuti, riduzione che sarà sottratta all'importo pagato in unica soluzione, ovvero all'importo della prima rata.

☐ Prendo atto che:

- mia figlia potrà partecipare all'attività sportiva solo se in regola con il pagamento della quota annuale;
- la quota annuale comprende, tra l'altro, l'iscrizione all'Associazione e il tesseramento alla FIP.

☐ Chiedo che la ricevuta del pagamento sia intestata a _____,

codice fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. Autorizzo il tesseramento alla FIP e/o a enti di promozione sportiva, la partecipazione alle partite ufficiali o amichevoli disputate dall'Associazione nel corso della stagione e gli spostamenti, in auto o con mezzi pubblici e/o privati necessari per incontri ed allenamenti.

4. Mi impegno a far sostenere la visita medica e a consegnare il **certificato medico per l'idoneità alla pratica sportiva**.

   Indicare scadenza di quello in corso di validità: ___/___/_____

   PRENDO ATTO CHE SENZA CERTIFICATO MEDICO VALIDO NON É POSSIBILE SVOLGERE L'ATTIVITÀ IN PALESTRA.

5. Accetto e mi impegno, insieme a mia figlia, a rispettare lo statuto, il codice etico e i regolamenti dell'Associazione, assumendo comportamenti consoni alle finalità dell'Associazione.

6. Esonero l'Associazione da ogni responsabilità per tutti i danni fisici e/o patrimoniali che potranno derivare dallo svolgimento delle attività sportive a cui parteciperà mia figlia nel caso in cui non siano diretta conseguenza di dolo dell'Associazione.

7. Confermo, per quanto riguarda l'assicurazione infortuni, che le prestazioni sanitarie, il cui rimborso è previsto dalla polizza, saranno anticipate dai diretti interessati e le franchigie saranno a carico degli stessi. I rimborsi assicurativi e gli eventuali riconoscimenti economici da parte dell'assicurazione saranno a favore dell'atleta assicurato

Luogo e data _____

Firma del genitore _____

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO
al trattamento dei dati personali

I sottoscritti _____, genitori dell'atleta minorenne _____ (di seguito, l'"**Atleta**"), con la presente:

(a) ai sensi del Regolamento UE 679/20, dichiarano di aver preso visione dell'"***Informativa per il trattamento dei dati personali***", redatta da A.D. BASKET FEMMINILE MILANO e disponibile sul sito internet www.basketfemminilemilano.it, sezione "*documenti*" e di essere a conoscenza dell'obbligatorietà del conferimento dei dati per l'esecuzione del contratto di associazione nonché degli effetti del mancato conferimento degli stessi;

(b) ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento UE 679/2016,

☐ autorizzano espressamente ☐ non autorizzano

il trattamento, da parte di A.D. BASKET FEMMINILE MILANO, con le modalità meglio indicate nell'"***Informativa per il trattamento dei dati personali***" di cui sopra, dei propri dati personali nonché dei dati personali dell'Atleta, ivi compresi i dati "sensibili" (tra cui quelli relativi allo stato di salute), ai fini dell'esecuzione del contratto di associazione.

Firma genitori dell'Atleta _____

Luogo e data _____

(c) ☐ autorizzano espressamente ☐ non autorizzano

la conservazione agli atti di A.D. BASKET FEMMINILE MILANO del Certificato di Idoneità alla pratica sportiva dell'Atleta fino alla sua naturale scadenza.

Firma genitori dell'Atleta _____

Luogo e data _____

(d) ☐ autorizzano espressamente ☐ non autorizzano

la fotografia e/o la ripresa dell'Atleta, effettuate a fini istituzionali e/o informativi/promozionali durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione, dalla FIP o da altre organizzazioni nazionali o internazionali e la relativa conservazione negli archivi di A.D. Basket Femminile Milano.

Firma genitori dell'Atleta _____

Luogo e data _____

(e) ☐ autorizzano espressamente ☐ non autorizzano

il trattamento e la pubblicazione di fotografie, video e immagini dell'Atleta, anche nel contesto di newsletter inviate a soci, partner, autorità sportive e civili, o articoli sul sito web, sulla pagina FB e altri canali social, su materiale informativo/promozionale, effettuate a fini istituzionali e/o informativi/promozionali durante lo svolgimento delle attività e/o delle manifestazioni organizzate dall'Associazione, dalla FIP o da altre organizzazioni nazionali o internazionali.

Firma genitori dell'Atleta _____

Luogo e data _____

(f) ☐ autorizzano espressamente ☐ non autorizzano

l'uso dei propri recapiti telefonici/mail per l'invio di detto materiale e di qualsiasi altra comunicazione da parte di A.D. BASKET FEMMINILE MILANO.

Firma genitori dell'Atleta _____

Luogo e data _____