



DATI ATLETA

Sig.....
Nato/a a Prov
Il / /
Residente a Prov....
Via n° ... cap
Cod. fisc.....

DATI GENITORI

Cell Mamma.....

Cell papa.....

E-mail

.....

Pubblicizza la tua

ATTIVITA LAVORATIVA

2025/26

SELEZIONARE CASELLA DI APPARTENENZA

- | | |
|---|----------|
| ☐ U DR1 SENIOR | € 350.00 |
| ☐ U 19 anno 2006/07/08/09 M | € 350.00 |
| ☐ U 14 anno 2012/13M/F | € 350.00 |
| ☐ U 12 anno 2013/14 M/F | € 350.00 |
| ☐ esordienti 2015/16 | € 350.00 |
| ☐ CORSI A Cigliano al mese | € 30.00 |
| ☐ CORSI A Rondissone al mese | € 30.00 |
| ☐ CORSI A Tronzano al mese | € 30.00 |

La partecipazione sarà subordinata ad una quota di iscrizione .

La quota è stabilita in unica soluzione entro e non oltre il Terzo allenamento(i primi due sono di prova) .

I partecipanti dovranno munirsi di certificazione medica di buona e robusta costituzione.

Per attività agonistica,(le società comunicheranno ora e giorno per la visita presso l'Istituto SALUS a Cigliano , costo scontato per basket cigliano asd

*Pagamento BONIFICO BANCA ASTI IBAM IT17F0608544410000001000884

Intestato a **BASKET CIGLIANO** associazione sportiva dilettantistica

Causale **quota unica per corrispettivo specifico corsi Basket**

NB: portare allo scrivente copia n° CRO del bonifico entro la data di scadenza del pagamento

*Si comunica che il documento per la detrazione fiscale delle quote per corrispettivo specifico, e da prenotare allo scrivente entro e non oltre il **31 DICEMBRE**

La Società inoltre fornirà all' Atleta gli strumenti idonei per la normale attività sportiva..

Si ricorda ai Genitori che la Società partecipa a tornei, organizza feste, tutte manifestazioni alle quali la presenza dell'Atleta(famiglia) è indispensabile per una maggiore formazione tecnica, sportiva, sociale e di benessere.

Colgo l'occasione nel porgerVi distinti saluti.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a :

Resp. MAGLIONE SILVANO 3389334954

presidente
Maglione silvano