



Sede: Corso Mazzini - Stadio Comunale
84013 CAVA DE'TIRRENI (SA)
Tel e FAX: **089.461602** - Cod. Fisc. 95000110650
sito: www.csicava.it - e-mail: info@csicava.it



Modulo di ISCRIZIONE CAMPIONATI – Stagione 2017/2018 PALLAVOLO

Denominazione Società	
Denominazione Squadra	

Contrassegnare il campionato per il quale si desidera iscrivere la squadra
(si ricorda di utilizzare un modulo per ogni SQUADRA iscritta)

<u>CATEGORIA</u>	<u>ANNO</u>	<u>X</u>	<u>CATEGORIA</u>	<u>ANNO</u>	<u>X</u>
<i>Under 8 (m/f e misto) (minivolley)</i>	<i>Dal 2010 al 2012</i>				
<i>Under 10 (m/f e misto) (minivolley)</i>	<i>Dal 2008 al 2011</i>				
<i>Under 12 (m/f e misto)</i>	<i>Dal 2009 al 2006</i>				
Ragazzi (under 14) M	Dal 2004 al 2007		Ragazzi (under 14) F	Dal 2004 al 2007	
<i>Allievi</i>	<i>Dal 2002 al 2006</i>		<i>Allieve</i>	<i>Dal 2002 al 2006</i>	
Juniores M	Dal 2000 al 2006		Juniores F	Dal 2000 al 2004	
Top Junior M	Dal 1996 al 2004		Top Junior F	Dal 1996 al 2004	
<i>Open M</i>	<i>2002 e precedenti</i>		<i>Open F</i>	<i>2002 e precedenti</i>	
<i>Open misto</i>	<i>2002 e precedenti</i>				

Impianto di gioco

Denominazione impianto	
Indirizzo	
Cap, Comune e Provincia	

Giorno di gara	
Orario di gara	

Giorno recupero	
Orario recupero	

Dirigente responsabile

Nominativo	
Indirizzo	
Cap, Comune e Provincia	
Telefono abitazione	
Telefono ufficio	
Telefono cellulare (OBBLIGATORIO)	
Telefono Fax	
E-mail (OBBLIGATORIA)	



Sede: Corso Mazzini - Stadio Comunale
84013 CAVA DE'TIRRENI (SA)
Tel e FAX: **089.461602** - Cod. Fisc. 95000110650
sito: www.csicava.it - e-mail: info@csicava.it



Nominativo per comunicazioni urgenti (OBBLIGATORIO)		Tel. cellulare (OBBLIGATORIO)	
Nominativo Allenatore		Tel. obbligatorio	

Il sottoscritto _____ in qualità di **Presidente chiede** l'iscrizione della sua Società al Campionato sopraindicato; **si impegna**, a versare le quote di partecipazione e di fitto campo nelle modalità e termini comunicati **anche in caso di ritiro dalla fase territoriale**. **Dichiara** di conoscere e si impegna a rispettare quanto stabilito dal **Regolamento nazionale dell'attività sportiva** pubblicato su "Sport in regola", dal **Regolamento per la giustizia sportiva (RGS) vigente**, fatte salve le aggiunte e/o le modifiche espressamente contenute nel **Regolamento Generale della fase provinciale**.

Dichiara altresì di essere a conoscenza della normativa vigente in materia di **tutela sanitaria dell'attività sportiva agonistica** e che i propri tesserati partecipanti al Campionato sono in regola con i previsti adempimenti sanitari.

Il presente modulo, compilato in ogni sua parte, va inviato tramite e-mail all'indirizzo: info@csicava.it o commissionepvocava@gmail.com al numero di fax 089/461602 entro sabato 28 ottobre 2017.

Data _____

Timbro Società

Firma Presidente