

MODULO DI ISCRIZIONE AL CORSO DI ATTIVITA' SPORTIVE ANNO SCOLASTICO 2025 – 2026

Dati del Genitore

Nome e Cognome: Email:

Telefono:

☐ do il consenso all'inserimento nel gruppo whatsapp per le sole comunicazioni riguardanti il corso

Dati dell'Alunno/a

Nome e Cognome: Classe frequentata:

ISCRIZIONE AL CORSO

Il/La sottoscritto/a genitore dell'alunno/a sopra indicato/a, **ISCRIVE** il/la proprio/a figlio/a al corso extrascolastico di

☐ **Basket** che si terrà ogni **martedì** dalle **ore 16:15 alle 17:15**, cl 3[^]-4[^]-5[^];
ogni **giovedì** dalle **ore 16:15 alle 17:15**, cl 1[^]-2[^].

☐ **Calcio** che si terrà ogni **lunedì** dalle **ore 16:15 alle 17:15**, cl 1[^]-2[^];
ogni **venerdì** dalle **ore 16:15 alle 17:15**, cl 3[^]-4[^] 5[^].

Il docente di riferimento è Carletti Simone.

Quota di Partecipazione

La partecipazione al corso prevede il versamento di due rate:

- €180 entro il **20 settembre 2025** (1^a rata)
- €180 entro il **30 gennaio 2026** (2^a rata)

Per l'iscrizione al secondo corso sarà applicato uno sconto pari a € 20 a rata.

Procedura di Iscrizione

1. Compilare e firmare il presente modulo.
2. Inviare entro il **20/09/2025** la ricevuta del versamento della **prima rata** (€180), insieme al modulo firmato, all'indirizzo email: **segr.gaetano@gmail.com**
3. Effettuare il versamento della **seconda rata** (€180) entro il **30/01/2026**

Informazioni Generali

- Il corso sarà avviato con almeno **10 iscritti**.
- Le lezioni si svolgeranno dalla **prima settimana di ottobre 2025** fino all'**ultima settimana di maggio 2026**, per un totale di **30 incontri**.
- I genitori sono pregati di **attendere i propri figli presso l'area adiacente alla portineria**.
- E' obbligatorio il certificato medico per la pratica sportiva.
- In caso di ritiro dal corso, **non è previsto alcun rimborso**.
- Le lezioni coincidenti con le festività scolastiche **non saranno recuperabili**.

Roma, ____ / ____ / 2025

Firma del Genitore