



# A.S.D. ACCADEMIA VARESE

www.accademiavarese.it - info@accademiavarese.it  
P.IVA 03721690125 - C.F. 95092460120  
via Piave 12, 21100 Varese

## MODULO ISCRIZIONE S.S. 2026-2027

Il/La sottoscritto/a ....., nato/a a.....

il....., residente in via/piazza..... n°.....

Comune..... Provincia..... CAP.....

Numero di telefono 1 .....

Numero di telefono 2 .....

E-mail .....

**In qualità di genitore e/o esercente la patria potestà**

### CHIEDE

L'iscrizione per l'A.S.D. Accademia Varese per la stagione sportiva 2026-2027 del proprio figlio / giovane atleta:

Cognome..... Nome.....

nato il ..... a .....

cittadinanza ..... residente in

via/piazza..... n°.....

Comune..... Provincia..... CAP.....

Codice Fiscale .....

.....

## **Impegnandosi, contestualmente alla firma del presente modulo,**

al pagamento della quota di:

- **Euro 600** per iscrizione, tesseramento, assicurazione e 9 mensilità (annate 2009-2017)
- **Euro 500** per iscrizione, tesseramento, assicurazione e 9 mensilità (annate 2018-2021)

Pagabili in due rate da corrispondere **entro fine settembre 2026 e fine gennaio 2027**

**-Prima rata Euro 300 (2009-2017) Euro 250 (2018-2021)**

**-Seconda rata Euro 300 (2009-2017) Euro 250 (2018-2021)**

### **Scontistica fratelli:**

-2 fratelli grandi iscritti (dai 2009 ai 2017): **euro 950**;

-1 fratello piccolo (dai 2018 ai 2021) e 1 fratello grande: **euro 850**;

-2 fratelli piccoli: **euro 750**.

## **ISCRIZIONE, DOCUMENTI E PAGAMENTI**

L'iscrizione verrà ritenuta valida solo dopo il pagamento della quota di iscrizione e la sottoscrizione del presente modulo, unitamente alla consegna dei seguenti documenti necessari per il tesseramento e lo svolgimento dell'attività sportiva:

- a) Certificato medico valido (per gli atleti fino all'11° anno di età: certificato medico attestante l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica; per gli atleti dal 12° anno di età: certificato medico di idoneità agonistica)
- b) Copia tessera sanitaria / codice fiscale del giovane atleta
- c) Copia documento di identità di almeno uno dei genitori e tessera sanitaria (di chi sottoscriverà il tesseramento)

E' *necessaria* la presenza dell'atleta e di almeno uno dei genitori per la sottoscrizione del modulo di tesseramento, per la foto al giovane atleta e per ogni altra attività necessaria ai fini del perfezionamento dell'iscrizione.

N.B. Per la documentazione da produrre per il tesseramento di giovani atleti extracomunitari, nonché per ogni altra informazione, chiedere direttamente alla segreteria (Cell. 351.8762511 – Email: [accademiavarese@gmail.com](mailto:accademiavarese@gmail.com))

La quota d'iscrizione potrà essere corrisposta in: contanti, bancomat, bonifico bancario.

Per il pagamento a mezzo bonifico bancario si riportano di seguito le relative coordinate:

CODICE IBAN: IT34I0306909606100000166951

INTESTATO A: A.S.D. ACCADEMIA VARESE

CAUSALE: Quota iscrizione s.s. 2026-2027 (indicando nome, cognome e anno di nascita del giovane atleta)



# A.S.D. ACCADEMIA VARESE

www.accademiavarese.it - info@accademiavarese.it  
P.IVA 03721690125 - C.F. 95092460120  
via Piave 12, 21100 Varese

## NOTE FINALI

Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre di:

- Essere a conoscenza del fatto che, in assenza di certificato medico di idoneità alla pratica sportiva in corso di validità, A.S.D. Accademia Varese sarà obbligata a sospendere l'attività del giovane atleta fino a quando non sarà presentato nuovo certificato medico in corso di validità. In tal caso dichiaro di rinunciare a qualunque forma di adeguamento o riduzione della quota di iscrizione dovuta;
- Accettare giorni ed orari di svolgimento delle sedute di allenamento e delle gare ufficiali/amichevoli, nonché di tornei/eventi che verranno comunicati durante la stagione sportiva.
- Di aver preso visione dell'Informativa Privacy ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 che è parte integrante del presente modulo d'iscrizione.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_