



## **CORSI MINIBASKET PALESTRA MARIA AUSILIATRICE**

### **Corso per III scuola infanzia e I scuola elementare**

Il corso inizierà GIOVEDÌ 24 settembre dalle 16.30 alle 17.30

Un nostro istruttore (Bruno Lorenzo) o una nostra istruttrice (Vitulano Francesca) sarà disponibile nel cortile dalle ore 16.00 per accogliere i bambini.

Costo € 270,00 da pagarsi in 2 rate. Sconto di € 50,00 a chi aveva pagato la II rata l'anno scorso.

### **Corso per II e III elementare**

Il corso inizierà LUNEDÌ 21 SETTEMBRE dalle ore 16.30 alle 17.30

L'altro giorno di allenamento sarà il MERCOLEDÌ dalle ore 16.30 alle 17.30

Un nostro istruttore (Vailati Andrea) o una nostra istruttrice (Lastrico Michela) sarà disponibile nel cortile dalle ore 16.00 per accogliere i bambini

Costo € 330,00 da pagarsi in 2 rate. Sconto di € 50,00 a chi aveva pagato la II rata l'anno scorso.

### **Corso per IV e V elementare**

Il corso inizierà LUNEDÌ 21 SETTEMBRE dalle ore 18.00 alle 19.30

L'altro giorno di allenamento sarà il MERCOLEDÌ dalle ore 18.00 alle 19.30

Costo € 330,00 da pagarsi in 2 rate. Sconto di € 50,00 a chi aveva pagato la II rata l'anno scorso.

**Gli iscritti dell'anno scorso sono già stati contattati e abbiamo già i dati.**

**PER NUOVE ISCRIZIONI** : mail : [info@novarabasket.it](mailto:info@novarabasket.it)

**COMUNICARE** : COGNOME – NOME – LUOGO E DATA DI NASCITA – CODICE FISCALE MAIL e NUMERO DI TELEFONO

**TUTTI DOVRANNO PORTARE AUTOCERTIFICAZIONE ALLEGATA e certificato medico se scaduto**

### **NORME DI CARATTERE GENERALE -**

Solo atleti e istruttori potranno accedere alla struttura e alla palestra.

Gli atleti non possono accedere agli spogliatoi e devono pertanto arrivare in palestra vestiti per l'attività sportiva. Se necessitano dei bagni possono utilizzare quelli in cortile.

Al termine dell'allenamento gli atleti verranno accompagnati dall'allenatore fin sul cancello dove verranno affidati ai genitori o a chi per essi. Nessun parente è autorizzato ad entrare nella struttura. Qualsiasi eccezione dovrà essere concordata con la Direttrice della casa.

**Per eventuali chiarimenti telefonare 3394324750**

**NOVARA BASKET**

*Il Presidente Ugo Finetti*

**AUTOCERTIFICAZIONE**  
**SCHEDA DI VALUTAZIONE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGERITO RISCHIO SARS-CoV-2**  
**PRELIMINARE ALLA RIAMMISSIONE AGLI ALLENAMENTI**

NOME	COGNOME	DATA DI NASCITA	CATEGORIA

<b>DATA SCADENZA CERTIFICATO IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' AGONISTICA:</b>	
--	--

**Ha avuto negli ultimi 14 giorni uno di questi sintomi?**

Febbre >37,5°C	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Tosse	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Mal di testa	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nausea	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Vomito	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Perdita di olfatto o gusto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Congiuntivite	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**NOTIZIE SU EVENTUALE ESPOSIZIONE AL CONTAGIO**

<b>CONTATTI CON CASI ACCERTATI COVID-19</b> (tampone positivo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI CON CASI SOSPETTI</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONVIVENTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI</b> (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>CONTATTI CON FEBBRE O SINTOMI INFLUENZALI</b> (no tampone)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>PROVIENE DA UN VIAGGIO ALL'ESTERO?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
<b>FREQUENTAZIONE DI AMBIENTI SANITARI CON CASI ACCERTATI O SOSPETTI:</b>		
Se si dove: in Provincia <input type="checkbox"/> in Regione <input type="checkbox"/> in Italia <input type="checkbox"/> Estero <input type="checkbox"/>		

**ALTRE NOTIZIE CHE RITIENE UTILE EVIDENZIARE IN MERITO AD ELEMENTI  
 CONNESSI AL SUO POTENZIALE RISCHIO DI ESPOSIZIONE AL COVID-19**

.....  
 .....

- Il sottoscritto/a come sopra indicato/a attesto sotto la mia responsabilità che quanto sopra indicato corrisponde al vero, consapevole delle conseguenze civili e penali di una falsa dichiarazione, anche in relazione al rischio di contagio all'interno della Struttura Sportiva ed alla pratica di attività sportive agonistiche;
- Il sottoscritto si impegna a segnalare ogni sintomo o evento che modifichi quanto dichiarato nella presente;
- Il sottoscritto solleva sin da ora Novara Basket ASD nella persona del suo Presidente da ogni responsabilità in caso di contagio da Covid-19;
- autorizzo Novara Basket ASD al trattamento dei miei dati particolari relativi allo stato di salute contenuti in questo modulo ed alla sua conservazione ai sensi del Reg. EU2016/679 e della normativa nazionale vigente.

Data.....

Firma (di entrambi i genitori per i minori)

.....  
 .....