

CENTRO ESTIVO 2017



LA MAGIK BASKET ORGANIZZA NELLA PROPRIA SEDE IL CENTRO ESTIVO 2017 RISERVATO A BAMBINI/E E RAGAZZI/E NATI/E TRA IL 2005 E IL 2009. IL CENTRO ESTIVO COMPRENDERA' AL MATTINO UN PROGRAMMA DI ALLENAMENTO TECNICO DIFFERENZIATO PER ANNATE E AL POMERIGGIO ATTIVITA' LUDICHE: GIOCHI, RELAX E SVAGO.

SETTIMANE

- 1° TURNO 12 - 16 GIUGNO 2017
- 2° TURNO 19 - 23 GIUGNO 2017
- 3° TURNO 26 - 30 GIUGNO 2017
- 4° TURNO 28 AGOSTO - 1 SETTEMBRE 2017
- 5° TURNO 04 - 08 SETTEMBRE 2017

COACH REFERENTI

- TIZIANO RAFFIN 347 8117073
- LUDOVICO BAZZONI 340 4932843
- DAVIDE SAPORITO 349 4295977

ATTIVITÀ

AL MATTINO SI LAVORERÀ SUI FONDAMENTALI INDIVIDUALI E DI SQUADRA (PER LE CATEGORIE MINIBASKET SVILUPPEREMO I FONDAMENTALI TECNICI E GLI SCHEMI MOTORI ATTRAVERSO GIOCHI E GARE)

AL POMERIGGIO SI ORGANIZZERANNO GARE E TORNEI (GARA DI TIRO, 1 CONTRO 1, PARTITE), GIOCHI VARI NEL PARCO EX-ERIDANIA CON L'APROCCIO AD ALTRI SPORT. PREVISTE GIORNATE IN PISCINA.

GIORNATA TIPO:

- 08.00-09.00 ACCOGLIENZA
- 09.00-11.00 ALLENAMENTI
- 11.00-12.30 MERENDA E ATTIVITÀ VARIE
- 12.30-14.00 PRANZO
- 14.00-15.30 RELAX E GIOCHI PRESSO IL PARCO
- 15.30-17.00 GARE E TORNEI
- 17.00-18.00 MERENDA, DOCCIA E SALUTI

INFO e ISCRIZIONI:

IL CENTRO ESTIVO AVRA' LUOGO CON MIN. 15 E MAX 30 ISCRITTI PER TURNO. LE ISCRIZIONI SI EFFETTUANO PRESSO LA SEGRETERIA MAGIK (TEL 0521774878)

RAFFIN 347 8117073

BAZZONI 340 4932843

SAPORITO 349 4295977

ENTRO LUNEDÌ 15 MAGGIO 2017.

QUOTA ISCRIZIONE € 150,00

LA QUOTA COMPRENDE:

ASSICURAZIONE, PRANZO, MERENDA, KIT MAGIK (MAGLIETTA, PANTALONCINI, CAPPELLINO) E INGRESSO IN PISCINA.



MODULO DI ISCRIZIONE

1°TURNO (12/06-16/06)

3°TURNO (26/06-30/06)

2°TURNO (19/06-23/06)

4°TURNO (28/08-01/09)

5° TURNO (04/09/-08/09)

COGNOME _____ NOME _____

NATO IL ____/____/____ A _____ (PROV.____)

SESSO ____ RESIDENTE A _____ CAP _____

IN VIA _____ N° _____

RECAPITO TELEFONICO PRINCIPALE PER AVVISI CON SMS : _____

ALTRI N. TELEFONICI: (specificando ad es. casa, cell. madre/padre, tel. ufficio, nonni, ecc.)

E-MAIL : _____

INTOLLERANZE ALIMENTARI: _____

DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO LA FOTOCOPIA DEL CERTIFICATO MEDICO DI BUONA SALUTE (libretto dello sportivo)

.....
Spazio riservato alla segreteria

PAGATO ACCONTO _____

PAGATO TOTALE _____

(firma genitore)

(firma responsabile Magik Basket)

TAGLIA MAGLIETTA

XXS XS S M L XL XXL

TAGLIA PANTALONCINO

XXS XS S M L XL XXL

NOTE