



**FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO
SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO**

Stagione Sportiva 2024/2025

**PRESENTAZIONE
DEL SETTORE GIOVANILE**

Società _____

Matricola n° _____ **Anno di Affiliazione** _____

Affiliata per _____ **(indicare Lega di appartenenza)**

Attività svolta _____ **(C11, C5, Femminile)**

Indirizzo _____ **n°** _____

CAP _____ **Città** _____ **Prov.** _____

Telefono sede _____ **Tel. Mobile** _____

Mail _____

Delegazione Provinciale _____

Comitato Regionale _____

B1. ORGANIGRAMMA DEL SETTORE GIOVANILE

Allegare una rappresentazione grafica dettagliata della struttura organizzativa attuale del settore giovanile (vedi esempio allegato A).

RESPONSABILI DEL SETTORE GIOVANILE E DELL'ATTIVITA' DI BASE

Ruolo <i>(Es: Responsabile Tecnico Scuola di Calcio, Dirigente Responsabile Scuola Calcio, etc.)</i>	Nome e cognome	Qualifica <i>(Es: Allenatore di prima categoria, Allenatore di seconda categoria, etc.)</i>	Contatti <i>(mail, telefono cellulare)</i>
Presidente			
Delegato Tutela Minori			
Responsabile Settore Giovanile			
Responsabile Tecnico Settore Giovanile			
Dirigente Responsabile Settore Giovanile			
Responsabile Tecnico Attività di Base/Scuola Calcio			
Dirigente Responsabile Attività di Base/Scuola Calcio			
Segretario Settore Giovanile			
Segretario Attività di Base/Scuola Calcio			

B2. RIEPILOGO SQUADRE GIOVANILI E CALCIATORI TESSERATI**SQUADRE PRESSO LA SOCIETÁ**
(Stagione Sportiva corrente)

CATEGORIA	NUMERO TOTALE DI SQUADRE	NUMERO TOTALE DI CALCIATORI TESSERATI
ALLIEVI		
GIOVANISSIMI		
ESORDIENTI		
PULCINI		
PRIMI CALCI		
PICCOLI AMICI		
TOTALE		

B3. SQUADRE / ATTIVITÀ SPORTIVA / TECNICI**CAMPIONATI / TORNEI***(Stagione Sportiva corrente)*

	Nome Squadra <i>(es: "Allievi A", Giovanissimi Regionali, etc.)</i>	Livello di Attività <i>(nazionale, regionale o provinciale)</i>	Campionato	Classi d'età	Numero di calciatori in rosa
ALLIEVI					
GIOVANISSIMI					

	Nome Squadra <i>(es: "Esordienti 1° anno", etc.)</i>	Livello di Attività <i>(9:9 o 7:7, etc.)</i>	Attività Ufficiale Federale <i>(torneo categorie di base)</i>	Classi d'età	Numero di calciatori in rosa
ESORDIENTI					
PULCINI					
PRIMI CALCI					
PICCOLI AMICI					

TECNICI*(Stagione Sportiva corrente)*

	Nome Allenatore	Nome Squadra <i>(Es: U17 Serie A e B, U15 Regionale, Esordienti, etc.)</i>	Ruolo <i>(Es: Allenatore Responsabile, Allenatore in seconda, Allenatore portieri, Assistente allenatore etc.)</i>	Qualifica <i>(Es: Allenatore Giovani Calciatori UEFA-C, Allenatore UEFA-B, Allenatore UEFA-A, etc.)</i>
ALLIEVI				
GIOVANISSIMI				

	Nome Allenatore	Nome Squadra <i>(Es: U17 Serie A e B Nazionale, Esordienti A, etc.)</i>	Ruolo <i>(Es: Allenatore Responsabile, Allenatore in seconda, Allenatore portieri, Assistente allenatore etc.)</i>	Qualifica <i>(Es: Allenatore Giovani Calcatori UEFA-C, Allenatore UEFA-B, Allenatore UEFA-A, etc.)</i>
ESORDIENTI				
PULCINI				
PRIMI CALCI				
PICCOLI AMICI				

B5. STAFF SANITARIO INTERNO ALLA SOCIETÀ DEDICATO AL SETTORE GIOVANILE

MEDICO SOCIALE DEL SETTORE GIOVANILE

Nome e cognome	Specializzazione	Ruolo nell'ambito della Società <i>(Responsabile Sanitario, Consulente, Referente, etc.)</i>	Numero di iscrizione all'elenco del Settore Tecnico	Numero di iscrizione all'Albo dei Medici

PREPARATORI ATLETICI SETTORE GIOVANILE

Nome Preparatore Atletico	Nome Squadra <i>Es: U17 Serie A e B, U15 Regionale, etc</i>	Estremi di abilitazione all'esercizio della professione <i>(Abilitazione rilasciata dal Settore Tecnico)</i>

PREPARATORI MOTORI

Nome Preparatore Motorio	Nome Squadra <i>(Es: Esordienti A, Pulcini B etc.)</i>	Estremi di abilitazione all'esercizio della professione <i>(Es: Laurea in scienze motorie, Diploma in educazione fisica, Abilitazione rilasciata dal Settore Tecnico)</i>

B6. PROGRAMMA D'USO IMPIANTI DI ALLENAMENTO (vedi esempio di cui all'allegato B)

Categoria	Squadra	Impianto di allenamento	Numero totale di campi	Codice campo utilizzato ¹	Dimensioni terreno di gioco utilizzato	Giorno e ora allenamenti (settimana tipo)					
						L	M	M	G	V	S
Allievi						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					
Giovanissimi						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					
Esordienti						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					
Pulcini						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					
Primi Calci						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					
Piccoli Amici						Ora:					
						Assistenza Sanitaria:					

ATTENZIONE: La compilazione della tabella dovrà essere effettuata per ogni squadra, utilizzando una riga per ciascuna di esse. Pertanto, nel caso in cui per la categoria "Giovanissimi" il Club svolga attività con due squadre, dovranno essere date informazioni per entrambe, in due righe differenti, come indicato nell'esempio di cui all'allegato B.

¹ Ogni campo deve essere contrassegnato da una lettera di riferimento in modo da evidenziare l'eventuale utilizzo dello stesso campo da parte di più squadre.

B7. STRUTTURE E SERVIZI PER L'ATTIVITÀ GIOVANILE

Impianto di allenamento	Foresteria societaria		Bar / Ristorante		Sala Medica		Sala giochi		Sala lettura / Biblioteca		Sala TV		Postazioni Internet		Pulmini o altri mezzi di trasporto	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

Gli impianti utilizzati sono dotati di defibrillatore semiautomatico?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Il personale è formato adeguatamente per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico secondo le leggi regionali di riferimento?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Il personale formato per l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico è sempre presente durante lo svolgimento dell'attività?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

La società utilizza ulteriori impianti/strutture/ambienti con il fine di fornire servizi per raggiungere gli obiettivi fissati nel programma di formazione dei giovani calciatori?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
--	-----------------------------	-----------------------------

Se si, indicare quali:

B9. ASSISTENZA SPECIALIZZATA AI GIOVANI CALCIATORI

La società si avvale della consulenza di uno psicologo di supporto alla società, allo staff, ai genitori o ai calciatori del settore giovanile?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
La società si avvale della consulenza di altri esperti per fornire adeguati servizi ai calciatori del settore giovanile (es. pedagogo, sociologo, etc.)?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
I ragazzi del settore giovanile sono seguiti nello studio da personale dedicato e/o specializzato?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

IN CASO DI RISPOSTA AFFERMATIVA ALLE DOMANDE PRECEDENTI:

Numero di insegnanti	
Numero di tutor	
Altro (specificare):	

B12. ALTRE INFORMAZIONI

	Comunitari	Extracomunitari
Numero di giovani calciatori stranieri tesserati per la Società (stagione corrente)		

La società sottopone a giovani calciatori, genitori, tecnici e staff del settore giovanile un questionario al fine di valutare il grado di soddisfazione dei servizi offerti e degli obiettivi generali del club?

 sì no

In caso di risposta affermativa, allegare il questionario.

**B13. SEGNALARE PARTICOLARI INIZIATIVE, PROGETTI O EVENTI PER IL PREMIO ANNUALE
"UEFA GRASSROOTS AWARDS" (allegare descrizione del Progetto ed eventuale documentazione utile)**

Progetti	Eventi	Altre Iniziative

NOTE:

Data

Timbro della società**Il Responsabile del Settore Giovanile o del Responsabile dell'Attività' di Base**

Nome e Cognome

Firma Leggibile**Il Presidente o il Legale Rappresentante della Società**

Nome e Cognome

Firma Leggibile

Allegato B
Esempio di programma d'uso degli impianti di allenamento

Categoria	Squadra	Impianto di allenamento	Numero totale di campi	Codice campo utilizzato ¹	Dimensioni terreno di gioco utilizzato	Giorno e ora allenamenti (settimana tipo)					
						L	M	M	G	V	S
Allievi	Allievi Regionali	Centro Sportivo "XXX"	3	B	105 x 68	Ora:	15.00 – 18.00	15.00 – 17.30	15.00 – 18.00	15.00 – 17.00	
						Assistenza Sanitaria:	M. Costa	M. Costa	M. Costa	M. Costa	
Giovanissimi	Giovanissimi Regionali	Centro Sportivo "YYY"	6	E	105 x 68	Ora: 15.00 – 18.00		15.00 – 17.00		17.00 – 19.00	
						Assistenza Sanitaria: S. Donati		S. Donati		S. Donati	
	Giovanissimi "Fascia B"	Centro Sportivo "YYY"	6	F	105 x 68	Ora: 15.00 – 17.00	15.00 – 17.00		15.00 – 17.00		
						Assistenza Sanitaria: V. Colombo	V. Colombo		V. Colombo		
Esordienti	Esordienti A	Centro Sportivo "YYY"	6	C & D	105 x 68	Ora: 14.00 – 15.30	15.00 – 17.00		18.00 – 20.00	17.00 – 19.00	
						Assistenza Sanitaria: V. Lombardi	V. Lombardi		V. Lombardi	V. Lombardi	
Pulcini	Pulcini 2004	Centro Sportivo "ZZZ"	4	B	50 x 37	Ora:	16.00 – 17.30		16.00 – 17.30		
						Assistenza Sanitaria:	A. Rossi		A. Rossi		
Primi Calci	Primi Calci	Centro Sportivo "ZZZ"	4	C	50 x 37	Ora:		16.30 – 18.00		16.30 – 18.00	
						Massaggiatore:		A. Rossi		A. Rossi	
Piccoli Amici	Piccoli Amici	Centro Sportivo "ZZZ"	4	C	50 x 37	Ora:		15.00 – 16.30		15.00 – 16.30	
						Massaggiatore:		A. Rossi		A. Rossi	

Misure, numero dei campi ed informazioni rappresentano solo degli esempi

¹ Ogni campo deve essere contrassegnato da una lettera di riferimento in modo da evidenziare l'eventuale utilizzo dello stesso campo da parte di più squadre.