



Ai Team di Pallacanestro
Ai Direttori Regionali Special Olympics Italia
Ai Tecnici Nazionali/Regionali di Pallacanestro
Ai Referenti Tecnici dei Team di Pallacanestro
e p.c. Ai Presidenti degli Enti di Promozione Sportiva
c/o Loro Sedi

Roma, lì 4 Novembre 2018

Oggetto: 13° Torneo Special Basket - Special Olympics Italia

Carissimi,

Special Olympics Italia, con il Patrocinio della Federazione Italiana Pallacanestro e d'intesa con gli Enti di Promozione convenzionati, indice ed organizza la 13^a Edizione del Torneo Nazionale Special Basket. Come ricorderete Special Basket è valido quale percorso nel quadro della partecipazione agli eventi internazionali.

Vi auguro un torneo ricco di emozioni per voi e per tutti i nostri Atleti.

Il Direttore Nazionale
Alessandra Palazzotti



ORGANIZZAZIONE:

Special Olympics Italia Onlus – Via di Decima, 40 – 00144 Roma
Tel. 06-52246484/ 5/ 6 – Fax 06-52246835

DIRETTORE AREA TECNICA NAZIONALE SPECIAL OLYMPICS ITALIA:

Alfonso Masullo Tel. 06-52246484/5/6 Cell. 348-5256234
email: alfonso.masullo@specialolympics.it

COORDINATORE TECNICO NAZIONALE BASKET:

Marco Petrozzi - Cell. 327 2005234
email: postamarko@yahoo.it

PARTECIPANTI:

La partecipazione è riservata ad Atleti regolarmente aderenti a Special Olympics Italia e tesserati per gli Enti di Promozione Sportiva convenzionati per la stagione sportiva 2018/2019.

ISCRIZIONE AL TORNEO:

I Team devono inviare le iscrizioni al Torneo **entro e non oltre lunedì 12 novembre**, compilando in maniera leggibile i moduli allegati alla presente ed inviando il tutto al seguente recapito **gms@specialolympics.it** e al CTN Marco Petrozzi all'indirizzo **postamarko@yahoo.it**.

Si sottolinea che non potranno essere concesse deroghe. Si prega di agevolare il lavoro organizzativo compilando in ogni parte i moduli allegati, fornendo tutti i dati richiesti e senza apportare modifiche ai form.

SPECIAL BASKET AREA NORD/OVEST:

Referente Organizzativo: Marco Petrozzi Cell. 327 2005234 - email: postamarko@yahoo.it

SPECIAL BASKET AREA NORD/EST:

Referente Organizzativo: Andrea Carniato Cell. 333 6184225 - email: 67andrea.carniato@gmail.com

SPECIAL BASKET AREA CENTRO/SUD:

Referente Organizzativo: Carlo D'Amico - email: fundraising@specialolympics.it

NOTE TECNICHE:

Vi ricordiamo che i Regolamenti Tecnici possono essere scaricati dal sito internet www.specialolympicsitalia.org.

Per maggiori informazioni e chiarimenti contattare il Direttore Area Tecnica Alfonso Masullo
Cell. 348 5256234 - email alfonso.masullo@specialolympics.it

Allegati:

- ALL. 1A "Modulistica di Iscrizione Tecnica 5vs5 Tradizionale"
- ALL. 1B "Modulistica di Iscrizione Tecnica 5vs5 Unificato"
- ALL. 1C "Modulistica di Iscrizione Tecnica 3vs3 Tradizionale"
- ALL. 1D "Modulistica di Iscrizione Tecnica 3vs3 Unificato"
- ALL. 1E "Modulistica di Iscrizione Tecnica Giochi Speciali"
- ALL. 2 "Modulo di assunzione di Responsabilità ed Accredito Team"



SPECIAL BASKET 2018/2019

AREA NORD/OVEST NORD/EST CENTRO/SUD

TEAM _____

REFERENTE _____

CELL _____

E-MAIL _____

5vs5 TRADIZIONALE (Max 15 giocatori)				
	Cognome e nome	Data di nascita	Sesso	Livello presunto
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				

HEAD COACH _____

ASSISTANT COACH _____

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 12 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

¹ Compilare un modulo per ogni squadra.



SPECIAL BASKET 2018/2019

AREA NORD/OVEST NORD/EST CENTRO/SUD

TEAM _____

REFERENTE _____

CELL _____

E-MAIL _____

5vs5 UNIFICATO (Max 15 giocatori)					
	Cognome e nome	Data di nascita	Sesso	Livello presunto	Atleta o Partner
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

HEAD COACH _____

ASSISTANT COACH _____

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 12 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

² Compilare un modulo per ogni squadra.

A.S.D. Special Olympics Italia Onlus

Via di Decima, 40 - 00144 ROMA

Tel 06.52.24.64.84-5-6 06.52.79.87.42 **Fax** 06.52.24.68.35

www.specialolympics.it **e-mail** soi@specialolympics.it





SPECIAL BASKET 2018/2019

AREA NORD/OVEST NORD/EST CENTRO/SUD

TEAM _____

REFERENTE _____

CELL _____

E-MAIL _____

3vs3 TRADIZIONALE (Max 6 giocatori)				
	Cognome e nome	Data di nascita	Sesso	Livello presunto
1				
2				
3				
4				
5				
6				

HEAD COACH _____

ASSISTANT COACH _____

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 12 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

³ Compilare un modulo per ogni squadra.

A.S.D. **Special Olympics Italia Onlus**

Via di Decima, 40 - 00144 ROMA

Tel 06.52.24.64.84-5-6 06.52.79.87.42 Fax 06.52.24.68.35

www.specialolympics.it e-mail soi@specialolympics.it





SPECIAL BASKET 2018/2019

AREA NORD/OVEST NORD/EST CENTRO/SUD

TEAM _____

REFERENTE _____

CELL _____

E-MAIL _____

3vs3 UNIFICATO (Max 6 giocatori)					
	Cognome e nome	Data di nascita	Sesso	Livello presunto	Atleta o Partner
1					
2					
3					
4					
5					
6					

HEAD COACH _____

ASSISTANT COACH _____

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 12 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

⁴ Compilare un modulo per ogni squadra.



SPECIAL BASKET 2018/2019

AREA NORD/OVEST NORD/EST CENTRO/SUD

TEAM _____

REFERENTE _____

CELL _____

E-MAIL _____

GIOCHI SPECIALI (Min. 5 - max 7 giocatori)			
	Cognome e nome	Data di nascita	Sesso
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

HEAD COACH _____

ASSISTANT COACH _____

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 12 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

⁵ Compilare un modulo per ogni squadra.



DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ DEL PRESIDENTE ed ACCREDITO TEAM

Io sottoscritto.....

In qualità di.....

del Team.....

dichiaro che gli Atleti iscritti a "Special Basket" 2018/2019 sono regolarmente tesserati ed assicurati per la stagione corrente ad un Ente di Promozione Sportiva convenzionato con Special Olympics Italia e provvisti di idoneità alla pratica sportiva, la cui certificazione è presente presso la nostra sede.

RIEPILOGO ACCREDITO TEAM:

NOME TEAM:

NUMERO ATLETI:

NUMERO TECNICI:

TOTALE PARTECIPANTI

(Somma di tutta la delegazione, completa di Atleti e tecnici)

Data

Firma del Responsabile

Far pervenire **entro e non oltre il giorno 9 novembre** agli indirizzi **gms@specialolympics.it** e **postamarko@yahoo.it**

A.S.D. Special Olympics Italia Onlus

Via di Decima, 40 - 00144 ROMA

Tel 06.52.24.64.84-5-6 06.52.79.87.42 **Fax** 06.52.24.68.35

www.specialolympics.it e-mail soi@specialolympics.it

