



FEDERAZIONE ITALIANA GIUOCO CALCIO SETTORE GIOVANILE E SCOLASTICO

Stagione Sportiva 2025/2026

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 SOCIETÀ *(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 (es: "Allievi A", Giovanissimi Regionali, etc.) | Livello di Attività (nazionale, regionale o provinciale) | Campionato | Classi d'età | Numero di calciatori in rosa |
|---------------------|--|--|-------------------|-------------------------|---|
| ALLIEVI | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| GIOVANISSIMI | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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

TECNICI

(Stagione Sportiva corrente)

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

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

B5. STAFF SANITARIO INTERNO ALLA SOCIETÁ DEDICATO AL SETTORE GIOVANILE

MEDICO SOCIALE DEL SETTORE GIOVANILE

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

PREPARATORI ATLETICI SETTORE GIOVANILE

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

PREPARATORI MOTORI

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

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

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. pedagogista, 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? | <input type="checkbox"/> si | <input type="checkbox"/> 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

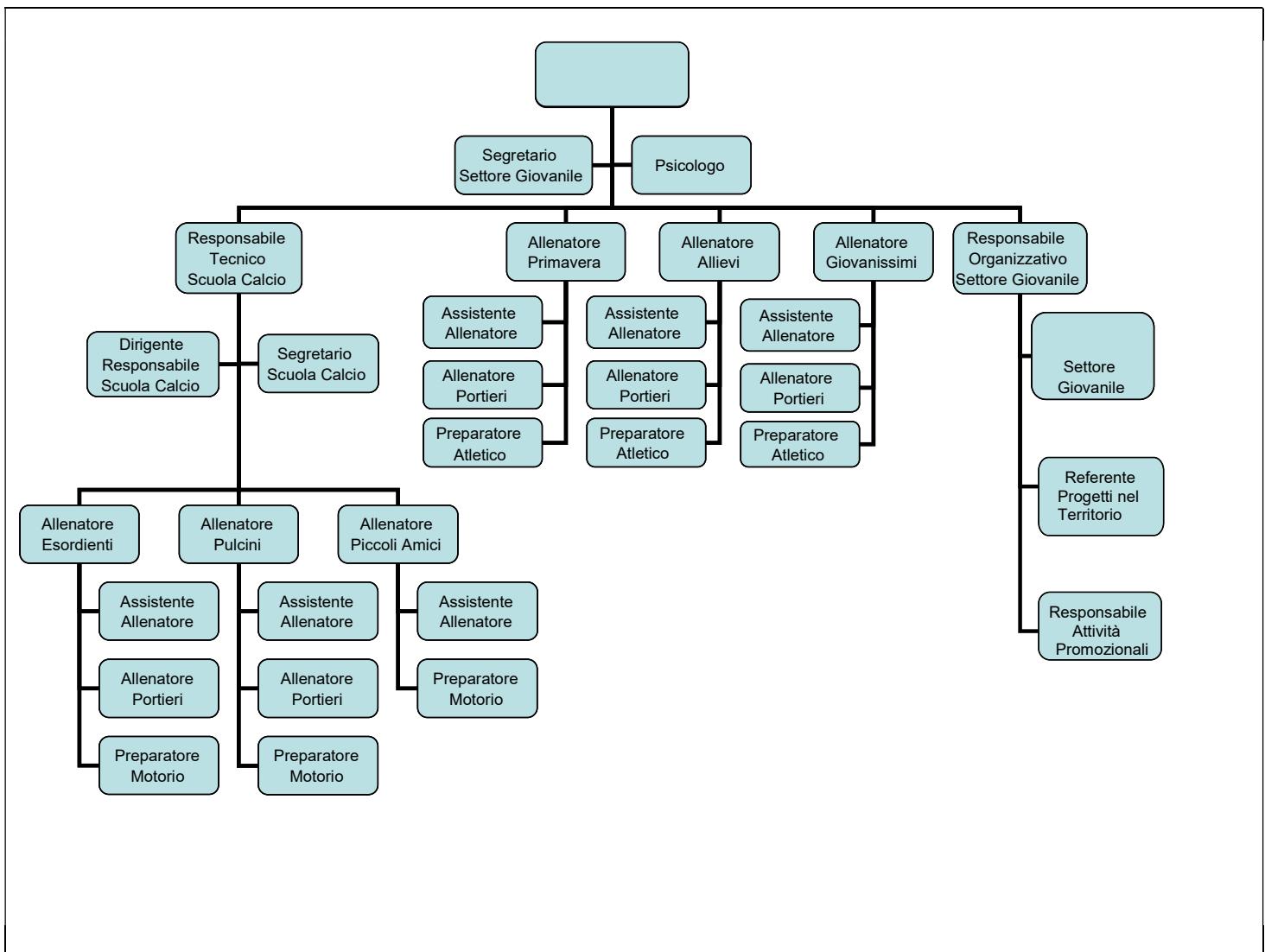
Timbro della società**Il Responsabile del Settore Giovanile o del Responsabile dell'Attività' di Base**

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 ⁱ | 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 | |
| Esordienti | Esordienti A | Centro Sportivo "YYY" | 6 | C & D | 105 x 68 | Ora: 15.00 – 17.00 | 15.00 – 17.00 | | 15.00 – 17.00 | | |
| | | | | | | Assistenza Sanitaria: V. Lombardi | V. Colombo | | V. Colombo | | |
| 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

ⁱ 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.