

SOCIETA' _____	LUOGO _____	SCUOLA DI CALCIO
REGIONE _____	PROVINCIA _____	<input type="checkbox"/> FEMM. <input type="checkbox"/> QUALIFICATA <input type="checkbox"/> C a 5 <input type="checkbox"/> RICONOSCIUTA <input type="checkbox"/> CAS <input type="checkbox"/> CENTRO DI BASE
DATA ____ / ____ / ____	TECNICO INCARICATO VISITA _____	

ORGANIZZAZIONE TECNICA

DIRIGENTE RESPONSABILE _____
 RESPONSABILE TECNICO _____
 SEGRETARIO _____

PRESENTI

SI NO
 SI NO
 SI NO

	Piccoli Amici		Pulcini 5:5 (1° anno)		Pulcini 6:6 (2° anno)		Pulcini 7:7 (3° anno)		Pulcini misti		Esordienti <input type="checkbox"/> 7 c 7 <input type="checkbox"/> 9 c 9 (1° anno)		Esordienti (2° anno)		Esordienti misti <input type="checkbox"/> 7 c 7 <input type="checkbox"/> 9 c 9	
	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI	N°	PRESENTI
TECNICI QUALIFICATI DAL SETTORE TECNICO																
TECNICI CONI-FIGC																
TECNICI NON QUALIFICATI																
PREPARATORI FISICI/MOTORI																
NUMERO CALCIATORI ISCRITTI E TESSERATI																
SQUADRE ISCRITTE AI TORNEI UFFICIALI																
INCONTRI CON I GENITORI																

METODOLOGIA E DIDATTICA

	ASPETTI POSITIVI						ASPETTI NEGATIVI					
	1	2	3	4	5	6	17	18	19	20	21	22
METODOLOGIA	<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"/>
DIDATTICA												

	Piccoli Amici	Pulcini	Esordienti	NOTE
PROGRAMMAZIONE	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
VALUTAZIONE	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/>	
UTILIZZO SPAZI ADEGUATI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

STRUTTURE E ATTREZZATURE

STRUTTURE	n°	ATTREZZATURE	n°	MATERIALE			n°	ORGANIZZAZIONE SANITARIA
				Palloni	g	c		
> Campo regolamentare	___	> porte 4x2	___	> n° 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	SALA MEDICA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
> Campo ridotto	___	> porte 5/6x2	___	> n° 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	Personale medico o paramedico presente
> Calcio a 5	___	> porte altre misure	___	> altre misure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___	> _____
> Palestra	___	> _____	___	> _____	___	___	___	> _____
> Sala riunioni	___							

ATTIVITA', INIZIATIVE, PROPOSTE PER LA STAGIONE SPORTIVA ____/____ :

È STATA EFFETTUATA UNA RIUNIONE CON TECNICI E DIRIGENTI DELLA SOCIETA' DURANTE LA VISITA? SI NO

È STATA EFFETTUATA UNA RIUNIONE CON I GENITORI PRESENTI DURANTE LA VISITA? SI NO

CONSIDERAZIONI RIASSUNTIVE

ORGANIZZAZIONE TECNICA
 ORGANIZZAZIONE DIDATTICO-METODOLOGICA
 STRUTTURE ED ATTREZZATURE
 SEGRETERIA

INSUFF.		OTTIMO		
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5
1	2	3	4	5

GIUDIZIO COMPLESSIVO
 IDONEA
 NON IDONEA
 DA RIVEDERE

IL TECNICO INCARICATO DELLA VISITA _____

IL COORDINATORE FEDERALE REGIONALE/PROVINCIALE _____