



MODULO D'ISCRIZIONE

alla vacanza organizzata dall'Azione Cattolica della Diocesi di Susa
 presso la Casa Alpina "Giovanni XXIII" in fraz. Bessen Haut, Sauze di Cesana (To)

da sabato 29 a domenica 30 **Agosto** 2015

Dati del partecipante:

Cognome	Nome	Tel. Genitore:	
Luogo di nascita	Data di nascita	Sesso:	E-mail Genitore:
Residente in	Via, n°	CAP	E-mail Ragazzo:

Si allega:

- 1) fotocopia fronte/retro del libretto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- 2) fotocopia del certificato di vaccinazione o autocertificazione
- 3) certificazione del medico curante per eventuali malattie croniche o particolari allergie o necessità di somministrazione di particolari terapie.
- 4) 30€ a saldo della quota di soggiorno comprensiva dell'iscrizione al circolo "Casa Alpina Giovanni XXIII" e tessera assicurativa.

Data consegna saldo

Firma genitore:.....

Firma educatore:.....

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI:

Ai sensi della Legge 196/2003 l'esecuzione delle operazioni di tesseramento richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei dati personali ai soggetti di seguito specificati:

- 1) comitato Zonale e Regionale delle Associazioni Nazionali a cui il Circolo aderisce
- 2) Presidenza Nazionale delle Associazioni Nazionale a cui il Circolo Aderisce,
- 3) Intermediario assicurativo, Compagnie di assicurazione, coassicurazione e liquidazione sinistri.

Autorizzo gli Educatori responsabili del Campo estivo a somministrare, in caso di bisogno, eventuali farmaci da banco.

Autorizzo il Circolo Interparrocchiale Casa Alpina "Giovanni XXIII" e l'Azione Cattolica di Susa, a pubblicare sul proprio sito Internet e sulla stampa associativa le foto scattate a mio figlio durante la vacanza.

Data: _____

Nome e Cognome: _____
 (del genitore o di chi ne fa le veci)

Firma: _____
 (del genitore o di chi ne fa le veci)

REGIONE PIEMONTE

SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA

Cognome Nome

Luogo di nascita Data Nazionalità

Medico curante

N°libretto sanitario N° ASL

MALATTIE PREGRESSE:

Morbillo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Parotite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pertosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rosolia <small>Testo</small>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Varicella	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ALLERGIE (SPECIFICARE):

Farmaci _____

Pollini _____

Polveri _____

Muffe _____

Punture di insetti _____

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: _____

Intolleranze alimentari: _____

BARRARE LA VOCE CHE INTERESSA:

- Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni
 E' stato richiesto intervento medico si allega certificazione medica attestante l'assenza di