

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 Domenica 21 Luglio a Domenica 28 Luglio 2013

Dati del partecipante:

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

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) € 70 a caparra della quota di soggiorno comprensiva dell'iscrizione al circolo "Casa Alpina Giovanni XXIII" e tessera assicurativa.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

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

REGIONE PIEMONTE			
SCHEDE SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA			
Cognome	Nome		
Luogo di nascita	data di nascita	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	<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:			
<input type="checkbox"/> Non sono stati richiesti interventi medici negli ultimi 5 giorni			
<input type="checkbox"/> E' stato richiesto intervento medico si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività			

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)