



MODULO D'ISCRIZIONE

alla vacanza organizzata dall'Azione Cattolica della Diocesi di Susa
presso la Casa Alpina "don Macario" in fraz. Signols, Oulx (To)

Sabato 2 e Domenica 3 Dicembre 2017

Dati del partecipante:

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

Si allega:

- 1) Fotocopia fronte/retro della Carta d'Identità (valida durante i giorni del ritiro)
- 2) fotocopia fronte/retro del tesserino sanitario
- 3) fotocopia del certificato di vaccinazione
- 4) certificazione del medico curante per eventuali malattie croniche o particolari allergie o necessità di somministrazione di particolari terapie.
- 5) € 20* della quota di soggiorno

Data consegna:.....

Firma genitore:.....

Firma educatore:.....

*ISCRIZIONE ALL'AZIONE CATTOLICA:

Si dichiara che:

- Il proprio figlio/a è iscritto/a nell'anno corrente all'Azione Cattolica e si allega fotocopia della tessera ACR.
- Il proprio figlio/a **NON** è iscritto/a nell'anno corrente all'Azione Cattolica e si consegnano € 4 per garantire copertura assicurativa.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:
ai sensi della Legge 196/2003 l'esecuzione delle operazioni di iscrizione richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali ai soggetti di seguito specificati:

- 1) Ai gestori della casa alpina
- 2) Intermediario assicurativo, Compagnie di assicurazione, coassicurazione e liquidazione sinistri.

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

Autorizzo l'Azione Cattolica della diocesi di Susa a pubblicare sul proprio sito Internet e sulla stampa le foto del ritiro.

Data: _____ Nome e Cognome di entrambi i genitori: _____

Firma di entrambi i genitori (o 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	<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 malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività