



MODULO D'ISCRIZIONE

alla vacanza organizzata dall'Azione Cattolica della Diocesi di Susa
presso la Casa Alpinain fraz.

da Domenica.....Luglio a Domenica..... Luglio/Agosto 2016

Dati del partecipante:

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

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) Fotocopia della carta d'identità
- 5) € 70 a caparra della quota di soggiorno

Data consegna caparra:.....

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.

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

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", la parrocchia di Condove 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)