



# MODULO D'ISCRIZIONE

alla vacanza organizzata dall'Azione Cattolica della Diocesi di Susa  
presso la Casa Alpina .....in 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 :**

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