



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)

dal 21 al 26 Agosto 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 la settimana di campo)
- 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) € 70 a caparra della quota di soggiorno comprensiva dell'iscrizione al circolo "Casa Alpina Giovanni XXIII" e tessera assicurativa.

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" 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 di entrambi i genitori: _____

Firma di entrambi i genitori (o chi ne fa le veci) _____