



## 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 20 al 25 agosto 2018**

### 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 del libretto di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale
- 2) certificato di vaccinazione o autocertificazione
- 3) certificazione del medico curante per eventuali malattie croniche o particolari allergie o necessità di particolari terapie.
- 4) € 50 a caparra della quota di soggiorno comprensiva dell'iscrizione al circolo "Casa Alpina Giovanni XXIII" (inclusa quota assicurativa).

Data consegna caparra: .....

Firma genitore: .....

Firma educatore: .....

### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI:

ai sensi della Legge 196/2003 l'esecuzione delle operazioni di tesseramento richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali ai soggetti di seguito specificati:

- 1) Alla Presidenza e al comitato Zonale, Regionale e Nazionale delle Associazioni a cui il Circolo aderisce
- 2) Intermediario assicurativo, Compagnie di assicurazione, coassicurazione e liquidazione sinistri.

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 le foto scattate durante la vacanza.

### REGIONE PIEMONTE

#### SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ data di nascita \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Medico curante \_\_\_\_\_

N° libretto sanitario \_\_\_\_\_ N° ASL \_\_\_\_\_

#### MALATTIE PREGRESSE:

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

Data: \_\_\_\_\_ Nome e cognome di entrambi i genitori \_\_\_\_\_

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