



## MODULO D'ISCRIZIONE

alla vacanza organizzata dall'Azione Cattolica della Diocesi di Susa  
presso l'Oratorio di Foresto, Bussoleno (TO)  
Sabato 10 e domenica 11 marzo 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 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) € 15\* della quota di soggiorno

Data consegna:.....

Firma genitore:.....

Firma educatore:.....

**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) 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 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) \_\_\_\_\_