

MODULO DI ISCRIZIONE AL CAMPO ESTIVO ELEMENTARI 2026

Io sottoscritto/a autorizzo mio/a figlio/a
..... a partecipare al **Campo Estivo Elementari** dal 02 al
08 agosto 2026 presso la Coop AUREA Collecchio, Marradi.

Dichiaro di sollevare gli educatori da tutte quelle responsabilità che non dipendono dalla diretta sorveglianza degli accompagnatori.

I bambini durante la durata del campo svolgeranno anche piccoli lavori domestici come ad esempio rifare i letti e sistemare le camere, apparecchiare e sparecchiare, pulire i bagni, ect.

Firma di **entrambi** i genitori o di chi ne fa le veci:

Taglia maglietta (barrare con una X)

7/8 anni 9/11 anni 12/13 anni 14/15 anni S M L XL

LIBERATORIA E CONSENSO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, IMMAGINI E VIDEO

Il sottoscritto genitore del/della minore _____ dichiaro di aver letto l'informativa circa il trattamento dei dati personali relativi alle attività del Campo Estivo organizzato dalla Parrocchia San Giovanni Battista in Pieve Cesato e presto il consenso al trattamento dei dati sensibili forniti per l'iscrizione al Campo Estivo; presto il consenso al trattamento e alla diffusione delle immagini/video relative a nostro/a figlio/ a senza scopo di lucro.

Luogo e data _____

Firma _____

IMPORTANTE

Tutti i moduli sono da compilare e da inviare alla mail del campo (campeggiopievecesato@gmail.com) e si accettano fino a esaurimento posti. Insieme ai moduli bisogna versare una **caparra pari a 100 €** (solo in contanti). I restanti 100 € per partecipare saranno da consegnare l'ultimo giorno del campo. La quota totale del campeggio sarà quindi di 200€.

Vanno allegate le **fotocopie di carta d'identità e tessera sanitaria**.

Elenco educatori: Don Claudio Platani (responsabile), Lucia Babini (co responsabile), Sofia Marchi (co responsabile), Irene Babini, Simone Babini, Giorgia D'Agostino, Giulia Frega, Riccardo Frega, Marta Gaddoni, Giorgio Mazzotti, Giulia Pezzi, Licia Ungania, Michela Zama.

SCHEDA SANITARIA PER MINORI

Cognome	Nome	
Luogo e data di nascita	Nazionalità	
Residenza, indirizzo, telefono		
Medico curante	Libretto sanitario n.	AUSL

MALATTIE PREGRESSE

Morbillo	Si	No	Non so	Vaccinato	Si-Yes	No
Parotite	Si	No	Non so	Vaccinato	Si-Yes	No
Pertosse	Si	No	Non so	Vaccinato	Si-Yes	No
Rosolia	Si	No	Non so	Vaccinato	Si-Yes	No
Varicella	Si	No	Non so	Vaccinato	Si-Yes	No

ALLERGIE

	specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro: _____

Intolleranze alimentari: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta):

- Non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
 E' stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

Data

Firma di chi esercita la potestà parentale
--