

MODULO DI ISCRIZIONE AL CAMPO ESTIVO ELEMENTARI 2023

Io sottoscritto/a

..... autorizzo mio/a
figlio/a

..... a

partecipare al **Campo Estivo Elementari** dal 20 agosto con rientro il 27 agosto 2023 presso la Casa
"Olmатели" di Casola Valsenio.

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

Firma del genitore o di chi ne fa le veci:

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 _____

Taglia maglietta (barrare con una X)

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

IMPORTANTE

Tutti i moduli sono da compilare e da inviare alla mail del campo (campeggiopievecesato@gmail.com).

Si accettano fino a esaurimento posti e sono da consegnare **entro il 25 giugno**.

Insieme ai moduli bisogna versare una **caparra pari a 50 €** (solo in contanti). I restanti per partecipare saranno da consegnare l'ultimo giorno del campo.

Vanno allegate le **fotocopie di carta d'identità, tessera sanitaria e libretto dei vaccini**.

Elenco educatori:

Don Claudio Platani	Responsabile
Mattia Savini	Co-Responsabile
Riccardo Frega	
Lucia Babini	
Edoardo Miserochi	
Sofia Marchi	
Annachiara Medri	
Giulia Pezzi	

Cuoche:

Barzanti Jessica
Benini Gabriele
Fabbri Cristina

SCHEDA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS

cognome-surname		nome-first name	
Luogo e data di nascita – place and date of birth		nazionalità – nationality	
Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone			
Medico curante – doctor in charge		libretto sanitario n.	AUSL

MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES

Morbillo measles	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Parotite mumps	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Pertosse whooping-cough	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Rosolia rubella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No
Varicella varicella	Si-yes	No	Non so- unknown	Vaccinato-vaccinated	Si-Yes	No

ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci drugs	
Pollini pollens	
Polveri dusts	
Muffe moulds	
Punture di insetti insect stings	

 Altro-other diseases: _____

 documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and therapies in progress: _____

 intolleranze alimentari – food intolerances: _____

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minors (bar the right choice):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

no medical help was requested in the last 5 days

è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di

malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the

admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

Data - date

 Firma di chi esercita la potestà parentale
 Signature of the person exercising parental authority

VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - if not, please record the date of the last dose:

Antitetanica tetanus	Si-yes	No	
Antidifterica diphtheria	Si-yes	No	
Antipoliomielitica poliomyelitis	Si-yes	No	
Antiepatite B viral haepatitis B	Si-yes	No	
Antimorbillosa measles	Si-yes	No	
Antitifica orale* oral antityphoid*	Si-yes	No	

*Quando richiesta *when requested

Data-date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere
sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

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).

IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.