

## **MODULO DI ISCRIZIONE AL CAMPO ESTIVO ELEMENTARI 2025**

Io sottoscritto/a ..... autorizzo mio/a figlio/a  
..... a partecipare al **Campo Estivo Elementari** dal 17 al  
24 agosto 2025 presso la Casa "Osta" di Castel del Rio.

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 genitore 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 ([campeggiopievecasato@gmail.com](mailto:campeggiopievecasato@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), Mattia Savini (co responsabile), Lucia Babini, Giulia Pezzi, Giorgia D'Agostino, Simone Babini, Sofia Marchi, Riccardo Frega, Marta Gaddoni, Licia Ungania, Sara Rossi.

## SCHEDA SANITARIA PER MINORI

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

### MALATTIE PREGRESSE

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



### 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

