

CAMPISCUOLA ESTIVI 2015  
PARROCCHIA SACRO CUORE DI GESU'  
TORREGLIA (PD)

Iscrizione

Noi sottoscritti.....genitori  
(cognome e nome di entrambi i genitori)

di ..... nato/a a .....  
(cognome e nome del ragazzo/a)

il.....residente a.....

via.....nr.....

telefono abitazione.....

cellulare mamma.....

cellulare papà.....

eventuale altro recapito telefonico dove saremo reperibili nel periodo di svolgimento del campo: .....

(specificare l'intestatario dell'utenza telefonica)

AUTORIZZIAMO nostro/a figlio/a a partecipare al camposcuola parrocchiale che si terrà a Solagna (VI) presso "Casa Serena" località San Giovanni nel seguente periodo:

- camposcuola 3<sup>^</sup>- 4<sup>^</sup>- 5<sup>^</sup> elementare: dal 19 luglio al 26 luglio;
- camposcuola 1<sup>^</sup> e 2<sup>^</sup> media: dal 26 luglio al 2 agosto;
- camposcuola 3<sup>^</sup> media: dal 2 agosto al 8 agosto.

- quota unica: € 195.00;
- sconto tesserato AC: € 10.00;
- sconto a partire dal secondo figlio € 10.00 (sconti cumulabili).

autorizzandolo a prendere parte a tutte le attività che verranno proposte. Contestualmente all'iscrizione, corrisponiamo l'importo di € 10,00 a titolo di acconto; tale somma, non sarà restituita in caso di mancata partecipazione.

Inoltre autorizziamo gli educatori che accompagneranno nostro/a figlio/a e che saranno presenti al campo, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti su indicazioni di medici qualificati, nel caso in cui non si riesca a contattarci telefonicamente ai recapiti sopra descritti.

Data, ...../...../.....

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci .....

## INFORMAZIONI SANITARIE di

-----

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ Codice fiscale: \_\_\_\_\_

N° tessera sanitaria: \_\_\_\_\_

In caso di risposta affermativa ad uno dei seguenti punti riempire lo spazio delle **Note** per specificare meglio il problema.

Se si ritiene necessario, è possibile compilare questo modulo con l'aiuto del medico curante

<b>Ha mai avuto manifestazioni allergiche / intolleranze</b>	<b>SI<sup>(*)</sup></b>	<b>NO</b>
a medicinali (indicare quali farmaci può utilizzare in alternativa)?		
alimentari?		
a punture di insetti? (in questo caso indicare reazioni locali - gonfiore, dolore, arrossamento intenso ed esteso - e generali - pallore, capogiro, svenimento)		
Ha mai subito reazioni da siero?		
Ha limitazioni nell'alimentazione?		
Attualmente soffre di patologie particolari?		
Soffre d'asma?		
E' affetto da raffreddore stagionale?		
E' affetto da eczema o orticaria da alimenti?		
Ha frequenti dolori di testa (se "si" passa spontaneamente o deve assumere qualche medicinale)?		
Ha frequenti dolori di pancia (se "si", passa spontaneamente o deve assumere qualche medicinale)?		
Soffre di emorragie (naso, bocca)?		
Ha vomito?		
Prende farmaci regolarmente (specificare nelle note)		

Malattie esantematiche (barrare con una X quelle contratte in passato):

La varicella. Il morbillo. La parotite. La pertosse. La rosolia. La scarlattina. La quarta malattia.  
La quinta malattia. La sesta malattia.

Malattie ed infortuni avuti in passato, cure specifiche in corso, o attenzioni da avere:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Antitetanica ultimo richiamo: ...../...../.....

**Allegare fotocopia della tessera sanitaria.**

**(\*)NOTE:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Noi sottoscritti.....genitori

(cognome e nome di entrambi i genitori)

dichiariamo sotto la nostra responsabilità che quanto sopra dichiarato corrisponde al vero e che nostro/a figlio/a ha effettuato la vaccinazione richiesta; nel caso in cui la vaccinazione non fosse stata effettuata, autorizziamo comunque la partecipazione di nostro/a figlio/a al camposcuola, assumendocene piena responsabilità.

Data, ...../...../.....

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci

.....

## Consenso per l'uso e la pubblicazione di immagini e video e per il trattamento dei dati "sensibili"

In aggiunta e ad integrazione di quanto sopra riportato, la Parrocchia S. Cuore di Gesù di Torreglia (PD) prevede la possibilità di realizzare foto e video sonori durante attività ed eventi propri o dell'Azione Cattolica di Torreglia (PD), quali a titolo esemplificativo e non esaustivo campiscuola, feste parrocchiali, incontri di formazione, ecc. Tali immagini e video potranno essere utilizzati, sempre e solo a fini parrocchiali e/o associativi, nelle pubblicazioni su carta e sul sito dell'Azione Cattolica di Torreglia (PD), nonché in incontri / eventi parrocchiali e/o associativi e per ogni altro scopo strettamente legato alle finalità specifiche della Parrocchia o dell'Azione Cattolica di Torreglia (PD).

A questo fine la Parrocchia S. Cuore di Gesù di Torreglia (PD) chiede l'autorizzazione esplicita a poter utilizzare immagini e video, anche sonori, che possono anche incidentalmente ritrarre vostro/a figlio/a, quale partecipante alle attività di cui sopra.

Esprimiamo il nostro consenso a poter utilizzare immagini e video, anche sonori, che possono anche incidentalmente ritrarre nostro/a figlio/a, quale partecipante alle attività parrocchiali ed associative di cui sopra.

**SI**       **NO**

Data, ...../...../.....

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci

.....

I sottoscritti, consapevoli, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003 e successive modifiche, vale a dire i dati "*idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale*":

- prestano il proprio consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni finalizzate alla tutela della salute del proprio figlio/a.

...../...../.....      .....

data

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci

- prestano il proprio consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti incaricati o coinvolti nella tutela della salute del proprio figlio/a.

...../...../.....      .....

data

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci