

PARROCCHIA SS. PIETRO E PAOLO
MODULO DI ISCRIZIONE
CAMPO EREMO 11-17 LUGLIO

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____ ,
residente a _____ in via/piazza _____ CAP _____
esprimo la volontà di iscrivere mio figlio al campo organizzato dalla parrocchia SS. Pietro e Paolo
di Carmagnola nelle date:

- dall'11/07 al 14/07 per i ragazzi di prima e seconda media conclusa; (nati nel 2009 e 2010)
- dall'14/07 al 17/07 per i ragazzi di terza, quarta e quinta elementare conclusa. (2011/12/13)

DATI PARTECIPANTE CAMPO

Nome _____ Cognome _____ Nato a _____
Nato il _____ Residente in via _____ Città _____
CAP _____ Codice fiscale _____
Carta d'identità n° _____ Rilasciata da _____

ALLEGARE AL FOGLIO DI ISCRIZIONE:

- Scheda sanitaria con in caso di patologie importanti documentazione utile da esibire al personale sanitario in caso di bisogno
- Fotocopia della carta d'identità del genitore
- Fotocopia della carta d'identità e codice fiscale del/la ragazzo/a
- Fotocopia del libretto o certificazione vaccinazioni

DICHIARAZIONE DEL GENITORE

Io sottoscritto _____ padre/madre del partecipante dichiaro che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo don Dante, gli animatori e i coordinatori da responsabilità derivate da problematiche conosciute e non dichiarate nei moduli di iscrizione al campo estivo.

Data _____ Firma _____

AL MOMENTO DELL'ISCRIZIONE VERRA' CONSEGNATO UN FOGLIO CON TUTTE LE INFORMAZIONI UTILI, IL MATERIALE NECESSARIO E GLI ORARI DI PARTENZA E ARRIVO.

Contatti per informazioni:

Simone 3476981376 - Giovanni 3450711562

Autorizzo i responsabili del campo estivo al trattamento dei miei dati personali, contenuti nei documenti di iscrizione ai sensi del D.lgs. 196 del 30 giugno 2003.

Scheda sanitaria per minori per iscrizione/Sanitary card for registration of the minors

Cognome/family name	Nome/first name

Luogo e data di nascita/place and date of birth	Nazionalità/nationality

Residenza: indirizzo completo e recapito telefonico in caso di urgenza (anche più di uno, con indicazione persona di riferimento)
 Complete address and telephone number (to be used in emergency case (it is possible to indicate more than one number, specifying the referent))

Medico curante/ doctor	libretto sanitario numero health card number	ASL Health Service

MALATTIE PREGRESSE/PREVIOUS DISEASES

Morbillo/measles	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
parotite/mumps	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
pertosse/ whooping cough	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
rosolia/rubella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no
varicella/varicella	si/yes	No	Non so/unkonwn	vaccinato/vaccinated	si/yes	no

ALLERGIE/ALLERGIES

	specificare/specify
Farmaci/drugs	
Pollini/pollens	
Polveri/dust	
Muffe/moulds	
Punture d'insetti/insect picks	
Altro/other allergies (specify)	

Altro/other diseases _____

Documentazione allegata su patologie e terapie in corso/included papers about diseases and therapies in progress

Intolleranze alimentari/food intolerances _____

Consapevole delle sanzioni penali previste in caso di dichiarazioni non veritiere (Art.76 del DPR 445/2000)

Data/date

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