

SCHEDA AUTORIZZAZIONE CON DATI SANITARI

per la partecipazione all'evento scout: **Campo di Gruppo - AGESCI Santarcangelo 1**
che si terrà a **TREIA (MC)** dal al **13 agosto 2017**



(PARTE A CURA DI UNO DEI GENITORI - O DI CHI ESERCITA LA POTESTÀ GENITORIALE - IN CASO DI MINORENNI)

Il sottoscritto in qualità di
Nome e cognome (padre/madre/.....)

di
Nome e cognome

nata/o il a

indirizzo
Via/Viale/Piazza/..... Cap Città

N° tessera sanitaria Asl di appartenenza: AUSL della Romagna

Medico curante

.....
Nome e cognome recapito telefonico

Vaccinazioni obbligatorie effettuate: SI NO

Eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria (allergie, intolleranze, malattie contagiose già avute, ecc.):

[] (se necessario)

Allego inoltre terapia medica, rilasciata in data dal medico curante, completa di: nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia.

Autorizzo, quindi, i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza.

Autorizzo mia/o figlia/o a partecipare all'evento scout succitato

- Autorizzo il trattamento dei dati personali comuni e sensibili di questa iscrizione, ai sensi del dlgs 196/03 sul trattamento dei dati personali, in accordo con l'apposita informativa associata al censimento AGESCI.
- Autorizzo la condivisione di fotografie e filmati del campo con i partecipanti, il Gruppo AGESCI Santarcangelo 1 e la stampa associativa.
- Dichiaro di essere stato informato dai capi unità dei contenuti del campo, in linea con i regolamenti AGESCI.

Firma (del genitore in caso di minorenni)

.....

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout

Abitazione: Cell. madre

Cell. padre Altri recapiti telefonici

.....