

DICHIARAZIONE DI AFFIDO

Al Responsabile di Campo, Sig/a _____

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ (____)

residente a _____ in via _____ n. _____

esercente la potestà sul/la minore _____

AFFIDA

sotto la propria responsabilità all'equipe animatori, nelle persone di ogni animatore, facente parte di detta equipe e del capocampo Sig./ra _____

nato/a il _____ a _____ (____) e residente a _____

in via _____ n. _____

il/la minore _____

nato/a il _____ a _____ (____) e residente a _____

in via _____ n. _____

per tutta la durata del campo-scuola, promosso dall'Associazione di Azione Cattolica Italiana, diocesi di Vittorio Veneto e gestito dall'Associazione Comitato Diocesano CITS di Vittorio Veneto, dal _____ al _____

nella Casa per ferie _____ di Auronzo di Cadore, località Giralba.

AUTORIZZA

fin d'ora, sotto la propria responsabilità, la partecipazione del/la citato/a minore alle eventuali escursioni che si terranno durante il campo-scuola al di fuori della casa per ferie.

DICHIARA

inoltre che il/la suddetto/a minore:

- non è affetto da malattie che gli impediscono la vita in comunità e la partecipazione alle varie attività di campo-scuola (giochi, passeggiate, escursioni anche oltre i 1.000 metri di altitudine);
- non è affetto da malattie infettive e/o contagiose

(se le caselline non sono barrate, si prega contattare il capocampo – tel. Ufficio Azione Cattolica 0438/940374)

Data _____

Firma _____

Si allega fotocopia della tessera sanitaria ed elenco delle vaccinazioni.

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/03 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i suoi dati saranno da noi unicamente utilizzati per espletare gli obblighi di legge.

Per consenso,

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI STATO DI SALUTE

(da compilare solo in caso di ulteriori segnalazioni e consegnare in busta chiusa)

Il sottoscritto _____

nato il _____ a _____ (____)

residente a _____ in via _____ n. _____

esercitante la potestà sul/la minore _____

DICHIARA

che il/la minore _____:

1. in quanto affetto dalle seguente/i malattia/e:

a) deve assumere i seguenti farmaci alla posologia sottoindicata:

b) si devono avere le seguenti attenzioni:

Si allega documentazione sanitaria ritenuta utile.

2. E' allergico ai seguenti medicinali o alimenti:

data _____

In fede

Informativa legge della "privacy" e consenso al trattamento dei dati

La informiamo, ai sensi del D.Lgs. 196/03 ed in particolare degli art. 7 e 13, che i dati saranno utilizzati, in caso di necessità, unicamente durante il camposcuola e al termine saranno distrutti.

Per consenso,

Data _____

Firma _____