



Parrocchia Ss. Quirico e Paolo

Piazza San Paolo 9 - 12063 Dogliani (CN)

segreteria@parrocchiodogliani.it

ISCRIZIONE ALLE ATTIVITÀ ESTIVE - Estate 2023

Noi genitori

Cognome e nome del padre: _____

Cognome e nome della madre: _____

di **Cognome e nome figlio/a:** _____

Nato/a a _____ () il _____

Residente a _____ () in via _____

Cellulare di un genitore _____

Telefono di reperibilità (per urgenze) _____

E-Mail _____

avendo preso visione del relativo programma, chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto/a alle seguenti attività estive di questa Parrocchia:

- CAMPEGGIO alla CASA ALPINA DI CHIAPPERA dal 2/7 al 8/7 (2^a - 3^a - 4^a - 5^a elementare)**
- CAMPEGGIO alla CASA ALPINA DI CHIAPPERA dal 9/7 al 15/7 (1^a e 2^a media)**
- CAMPEGGIO alla CASA ALPINA DI CHIAPPERA dal 16/7 al 22/7 (3^a media - 1^a e 2^a superiore)**

SEGNALARE TRASPORTO IN PULLMAN: **pullman andata**

Considerate le tipologie di attività indicate nel programma, autorizziamo inoltre la partecipazione di nostro/a figlio/a anche alle attività che si svolgeranno al di fuori degli ambienti parrocchiali.

Autorizziamo inoltre la Parrocchia:

- ad interrompere la partecipazione di nostro/a figlio/a alla suddetta proposta educativa qualora questo provvedimento sia ritenuto necessario per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili;
- in caso di necessità, a chiedere l'intervento del Servizio Sanitari dopo aver avvisato almeno un genitore utilizzando il numero di telefono di reperibilità.

Dichiariamo infine di aver letto e compreso l'informativa sul trattamento dei dati.

- SI, prestiamo il consenso al trattamento dei dati e di foto/video secondo quanto descritto dall'Informativa
- NON prestiamo il consenso al trattamento dei dati e di foto/video secondo quanto descritto da Informativa

Luogo e data,

Firma del padre

Firma della madre

.....

.....

DA COMPILARE SOLO SE IL MODULO È FIRMATO DA UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Luogo e data,

Firma di un genitore.....

AUTOCERTIFICAZIONE MEDICA

di _____

MALATTIE PREGRESSE:

Morbillo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Paraotite	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Pertosse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Rosolia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Varicella	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NON SO	Vaccinato	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

ALLERGIE: (specificare)

Farmaci _____ Pollini _____

Polveri _____ Muffe _____

Punture di insetti _____

VACCINAZIONI

E' STATO EFFETTUATO UN CICLO COMPLETO DELLE SEGUENTI VACCINAZIONI
(se NO annotare la data dell'ultimo richiamo)

Antitetanica SI NO Antidifterica SI NO

Antipoliomielitica SI NO Antiepatite B SI NO

Antimorbillosa SI NO

Altro _____

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Intolleranze alimentari:

Medico curante _____

Luogo e data _____

Firma padre _____

Firma madre _____