



Parrocchia Ss. Quirico e Paolo

Piazza San Paolo 9 - 12063 Dogliani (CN)

segreteria@parrocchiodogliani.it

ISCRIZIONE AI CAMPEGGI - Estate 2024

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 dal 1/7 al 6/7 – bambini/e 2^a - 3^a - 4^a elementare
- CAMPEGGIO dal 7/7 al 13/7 – ragazzi 5^a elementare e 1^a media
- CAMPEGGIO dal 14/7 al 20/7 – ragazzi 2^a e 3^a media
- CAMPEGGIO dal 4/8 al 10/8 – giovanissimi superiori

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
Parotite	<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 _____