



## COLONIA CIELO BLU

### SCHEDA di PARTECIPAZIONE Campetto Invernale 2016

Io sottoscritto .....  
in qualità di genitore di (cognome e nome) .....  
nata/o il .....  
a .....  
indirizzo .....  
numero tessera sanitaria .....  
Asl di appartenenza .....  
nome - indirizzo - telefono del medico curante

.....  
essendo a conoscenza delle attività svolte durante il Campetto Invernale (attività ludico-educative, pernottamento, cibi cucinati da volontari) che si terrà a Macugnaga in località Pecetto presso la Casa Don Orione dal 3 al 5 Gennaio 2016 **Autorizzo** mia/o figlia/o a parteciparvi utilizzando anche mezzi pubblici quali treno, pullman e funivia.

Inoltre (se necessario) allego 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 che vengano effettuate foto e riprese video realizzate durante le attività.

Ai sensi e per gli effetti della D.Lgs. n° 196/2003 (art. 13, art. 4 comma 1 lettera d) e art. 26) sono informato/a e consapevole che il trattamento dei dati da me forniti riguarderà sia i dati personali che i dati "sensibili" e acconsento al trattamento dei mie dati personali e di mio figlio, do consenso al trattamento degli stessi per le finalità connesse all'erogazione del servizio ed all'invio di materiale informativo relativo allo stesso.

Data .....

Firma del genitore .....

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout

.....



castorini

