

Scheda di partecipazione al Campo Estivo

Io sottoscritto/a _____ nato/a _____
il _____ residente a _____ in via _____
autorizzo mio/a figlio/a _____ nato/a _____
il _____ a partecipare al Campo Estivo organizzato dal Reparto Althair del gruppo
scout Bologna XVIII che si terrà dal 23/07/10 al 03/08/10 (dal 21 per il 3° e 4° anno) in località
Bedonia (PR).

Dichiaro di essere a conoscenza di tutte le attività che verranno svolte al campo e ne autorizzo lo
svolgimento. Autorizzo inoltre i capi reparto, se non fosse possibile contattarmi, nel caso di
emergenze e previo consiglio medico a prendere decisioni anche gravi a mio nome.

Do il consenso a partecipare all'uscita di hike che si svolgerà durante il campo estivo e dichiaro di
essere a conoscenza dell'attività stessa e delle sue modalità di svolgimento (**solo per il 3° e 4° anno**):

SI **NO**

Firma (leggibile)

**Modalità di reperibilità dei genitori (o chi ne fa la veci) durante l'evento scout (scrivere in
STAMPATELLO)**

Numero di telefono primario: _____

Numero di telefono secondario: _____

Email: _____

Altre note:

Da compilare dal genitore il giorno prima dell'arrivo, consegnata e firmata il giorno di inizio vacanza

SCHEMA SANITARIA PER MINORI

Cognome _____ nome _____

Luogo e data di nascita _____ nazionalità _____

Residenza-indirizzo-telefono _____

Medico curante _____ libretto sanitario nr. _____ Distretto _____

MALATTIE PREGRESSE

<i>Morbillo</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>vaccinato</i>	<i>sì / no</i>
<i>Parotite</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>vaccinato</i>	<i>sì / no</i>
<i>Pertosse</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>vaccinato</i>	<i>sì / no</i>
<i>Rosolia</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>vaccinato</i>	<i>sì / no</i>
<i>Varicella</i>	<i>sì</i>	<i>no</i>	<i>non so</i>	<i>vaccinato</i>	<i>sì / no</i>
altro					

ALLERGIE specificare

Farmaci

Pollini

Polveri

Muffe

Punture di insetti

Altro

-Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto: raffreddori, eritemi, stipsi ecc.

Medicine in uso:

Intolleranze alimentari:

Sentito il parere del mio pediatra, dichiaro che il bambino/a è idoneo alla vacanza in montagna e non presenta difetti psicofisici, fisici né minorazioni funzionali, infermità gravi o permanenti.

Per il /la minore (barrare l'opzione esatta):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

è stato richiesto intervento medico- si allega certificazione medica attestante l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

Data _____
giorno d'arrivo

Firma di chi esercita la potestà parentale