

# SCHEDA D'ISCRIZIONE E SANITARIA SETTIMANA DI SOGGIORNO ESTIVO 2019

4<sup>a</sup> - 5<sup>a</sup> elem  1<sup>a</sup> - 2<sup>a</sup> media  3<sup>a</sup> media - 1<sup>a</sup> sup

Ragazzo/a \_\_\_\_\_ TESSERA N. PT1140 \_\_\_\_ \_ R

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

Residente a (indicare il comune) \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**Genitori o chi esercita la potestà genitoriale**

\_\_\_\_\_  
(cognome nome dei genitori)

Telefoni per la reperibilità dei genitori: \_\_\_\_\_

## **LA FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI È NECESSARIA PER:**

- ✓ Iscrivere il proprio figlio/a al soggiorno estivo presso la casa per ferie in CRISSOLO (CN) o GIAGLIONE (TO);
- ✓ Certificare la compilazione dei dati della SCHEDA SANITARIA PER SOGGIORNI VACANZA;
- ✓ Presa visione e accettazione delle indicazioni descritte nel foglietto informativo: "ALCUNE NOTE PER GENITORI E RAGAZZI/E" - "COSA NON DEVO PORTARE?" - "COSA DEVO PORTARE?"
- ✓ Autorizzare l'Associazione e la Parrocchia nella persona del Responsabile del soggiorno estivo
  - ad ASSUMERE ogni provvedimento necessario per garantire che gli ambienti utilizzati durante le attività rimangano accoglienti e sicuri per tutti i ragazzi/e presenti;
  - ad IMPEDIRE a mio figlio/a ogni attività che sia ritenuta pericolosa o comunque inopportuna;
  - ad INTERROMPERE e/o VIETARE la partecipazione di mio figlio/a alle diverse attività svolte durante il soggiorno, nonché la semplice permanenza negli ambienti in cui si svolgono, quando questo provvedimento sia ritenuto necessario per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili e per custodire il significato educativo dell'attività e degli spazi;
  - ad ACCOMPAGNARE mio figlio/a al Pronto Soccorso qualora si renda necessario per la sua integrità fisica anche se non si è riusciti a reperirmi immediatamente ad uno dei numeri telefonici indicati all'atto dell'iscrizione;
- ✓ Autorizzare gli enti del Servizio Sanitario Nazionale ed il personale medico e paramedico ad adottare i percorsi diagnostici e terapeutici ritenuti necessari e/o opportuni al fine di recuperare l'integrità fisica e psico-fisica di mio figlio/a, secondo la loro prudente valutazione.
- ✓ Autorizzare al trattamento dei dati personali ed alle riprese fotografiche: come da consenso firmato all'atto dell'adesione all'Associazione Oratorio Campo Giochi e nella "Dichiarazione Liberatoria Immagini".

## **INFORMAZIONI SANITARIE**

SI DICHIARA CHE IL/LA RAGAZZO/A INTESTATARIO/A DELLA SCHEDA DI ISCRIZIONE RISULTA IN STATO DI BUONA SALUTE E NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ FISICHE NON AGONISTICHE ED A CLIMI PARTICOLARI.

### **INDICARE LE MALATTIE INFETTIVE GIÀ AVUTE (da compilare anche se vaccinati)**

<b>Morbillo</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO	<b>Rosolia</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO
<b>Parotite</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO	<b>Varicella</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO
<b>Pertosse</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO	<b>Scarlattina</b> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON RICORDO

### **INDICARE LE ALLERGIE ED INTOLLERANZE (specificare quali)**

**FARMACI** \_\_\_\_\_

**ALIMENTI** \_\_\_\_\_

**Polveri, Muffe** \_\_\_\_\_

**Punture di insetti** \_\_\_\_\_

**Pollini** \_\_\_\_\_

**Altro** \_\_\_\_\_

SI AUTOCERTIFICA CHE IL/LA RAGAZZO/A È IN REGOLA CON TUTTE LE  
VACCINAZIONI OBBLIGATORIE:  SI  NO

**In caso negativo allegare fotocopia del libretto delle vaccinazioni  
o in alternativa compilare qui di seguito:**

VACCINAZIONI EFFETTUATE				DATA ULTIMO RICHIAMO
<b>DTP</b>	ANTIDIFTERICO-TETANICA-PERTOSSE	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		
<b>Ep.B</b>	ANTIEPATITE B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		
<b>OPV</b>	ANTIPOLIOMELITICO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		
<b>MPR</b>	ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		
<b>Hib</b>	ANTIHAEMOPHILUS INFLUENZAE B	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NON SO		

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Carignano, il \_\_\_\_\_

Firma del genitore \_\_\_\_\_