|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ***ISCRIZIONE CAMPO UNDER 14*****Palmaria 6-11 anni** |

### **DATI DEL/DELLA PARTECIPANTE**

Nome e Cognome:………………………………………………………………………………………………………………………….

Luogo e data di nascita:………………………………………………………………………………………………………………….

Indirizzo:………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Classe frequentata nell’ a.s 2017-2018………………………………………………………………………………………….

Profilassi antitetanica (si/no; quando):………………………………………….

Eventuali intolleranze alimentari (segnalarne la gravità)……………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Allergie (specificare con precisione)…………………………………..………………...…………..…………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………..

Malattie infantili fatte:……………………………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Precedenti esperienze di vacanza senza genitori:……………………………………….……........................

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Necessità di assunzione di farmaci (si/no/quali/autonomia nell’assunzione):

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………....................................................................................................................................Ultimo controllo pediculosi fatto il…………………………………………………………………………………………………

Altro che risulti importante conoscere per la sicurezza del/della partecipante: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

### **DATI DELLA PERSONA DI RIFERIMENTO IN CASO DI NECESSITA’**

(1)Cognome e Nome ...……………………………………………………………………………………………………………………

Telefono:……………………………………………….Cellulare:………………………………………………………………………….

Abitante in Via.......................................................Città...........................C.A.P................

e-mail....................................................

(2)Cognome e Nome ...……………………………………………………………………………………………………………………

Telefono:……………………………………………….Cellulare:………………………………………………………………………….

La/Il Sottoscritta/o dichiara di accettare senza riserve le condizioni di partecipazione e di svolgimento del Campo Under 14 e di condividere i valori dell’associazione.

# Luogo e Data…………………………………… In fede

 …………………………………..



***LIBERATORIA PER L’UTILIZZO***

***DELLE IMMAGINI***

Io sottoscritto …….…………………………………………………………………..,nato a ………………………………..

Il ……/……./…… genitore di ………………………………………………………………… con la presente autorizzo LEGAMBIENTE LIGURIA ONLUS a fotografare e/o riprendere con videocamera mio/a figlio/a, (sia con supporti digitali che analogici) durante il campo estivo per scopi educativi e di documentazione del lavoro svolto.

Ai sensi della legge sulla tutela della Privacy 196/2003.

.

1. Luogo e Data ……………………….. In fede

 ……………………………………

***LIBERATORIA PER L’ASSUNZIONE DEI FARMACI***

*(da compilare SOLO in caso di necessità assunzione farmaci e /o terapie specifiche)*

Io sottoscritto …….………………………………………………………………….., genitore di ……………………………………………………………………………. con la presente sollevo LEGAMBIENTE LIGURIA ONLUS da ogni responsabilità derivante dall’assunzione da parte di mio/a foglio/a dei farmaci DA ME FORNITI UNITAMENTE ALLE ISTRUZIONI DI ASSUNZIONE, durante lo svolgimento del Campo Under 14.

Luogo e Data ……………………….. In fede

……………………………………