

# CAMPO DI REPARTO

AGESCI  
Gruppo Arona 1  
www.scoutaronas.it

**E/G**

DA CONSEGNARE COMPILATO AL MOMENTO DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA CAMPO, ALLEGANDO "EVENTUALMENTE" LA SCHEDA SANITARIA E GLI ALTRI DOCUMENTI RICHIESTI.

## MODALITA' DI ISCRIZIONE E PAGAMENTO

I moduli di iscrizione e la quota campo di **€160,00** dovranno essere consegnati entro e non oltre il **18 giugno 2011**. Per problematiche collegate ai tempi di consegna o a qualsiasi altro problema legato alla quota campo contattate i Capi Reparto

## DICHIARAZIONE

data: \_\_\_\_\_

il/la sottoscritto/a: \_\_\_\_\_

padre/madre di: \_\_\_\_\_

fermo restando l'obbligo di sorveglianza e salvaguardia dell'incolumità personale dei minori affidati ai responsabili:

**SILVIA BUTTA'**

**GIACOMO BELLODI**

ed il dovere di questi ultimi di usare nell'adempimento dell'incarico la diligenza del buon padre di famiglia, autorizzo i suddetti a prendere le decisioni e/o tenere i comportamenti necessari o più opportuni alla luce del caso concreto, qualora l'imprevedibilità l'eccezionalità degli eventi non consentano di chiedere ed ottenere il consenso del/dei genitori o di chi ne fa le veci. Autorizzo inoltre i suddetti a somministrare gli eventuali medicinali, indicati nella scheda medica allegata, da me forniti alla partenza.

firma \_\_\_\_\_

# CAMPO DI REPARTO

AGESCI  
Gruppo Arona  
<http://aronas1.freeservers.com>

**E/G**

DA CONSERVARE COME RICEVUTA DELL'AVVENUTA ISCRIZIONE AL CAMPO E DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA.

data: \_\_\_\_\_

nome e cognome dell'esploratore/guida: \_\_\_\_\_

firma di un genitore \_\_\_\_\_

firma di un CAPO \_\_\_\_\_

# SCHEDA SANITARIA

AGESCI  
Gruppo Arona 1  
www.scoutarona.it

**E/G**

## DATI ANAGRAFICI

nome e cognome:		codice personale:	
		<small>sulla tessera AGESCI o sull'etichetta postale delle riviste scout</small>	
data di nascita:	località:		
	<small>indicare la provincia o lo stato se necessario</small>		
indirizzo abitazione:		codice fiscale:	
		<small>indicare la frazione, il comune, il cap. e la provincia</small>	
telefono abitazione:	telefono alternativo:		
medico curante:		n° tessera sanitaria:	

## DATI SANITARI

gruppo sanguigno:	menarca:		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
malattie infettive contratte:				
presenza attuale di patologie che richiedono cura particolari:				
interventi chirurgici o/e fratture:				
allergie ed intolleranze (farmaci, alimenti,...):				
controindicazioni riguardo ad attività fisiche ed a climi particolari:				
sta seguendo una terapia farmacologica? <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no				
farmaco:		modalità e tempi di somministr.:		
farmaco:		modalità e tempi di somministr.:		
farmaco:		modalità e tempi di somministr.:		
farmaco:		modalità e tempi di somministr.:		
sta seguendo prescrizioni dietetiche particolari?		<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no	<i>"allegare schema dettagliato"</i>

### altra documentazione da allegare:

- fotocopia tessera sanitaria

- fotocopia del tesserino attestante le vaccinazioni effettuate

**FIRMA DI UN GENITORE**

**TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE**

(solo in caso di patologie o terapie farmacologiche particolari)