

MODULO DI ISCRIZIONE

Parrocchie di Bonisiolo, Casale sul Sile, Conscio, Lughignano
Collaborazione Pastorale di Casale-Preganzio
(Compilare in stampatello)



Noi,

(Dati genitori)

Nome Cognome Cell
E-mail Nata a il e
Nome Cognome Cell
E-mail Nata a il
sottoscritti, genitori/tutore legale di

(Dati minore iscritto/a)

Nome Cognome Nata/o a
il

acconsentiamo alla **partecipazione di nostro figlio/a all'uscita** che si terrà a **con il gruppo** dal al
come è stata presentata dall'equipe organizzativa.

Inoltre:

- acconsentiamo al trattamento dei dati (GDPR) secondo l'informativa presente nel sito: <https://www.parrocchiecasale.it>

☐

Acconsentiamo

☐

Non acconsentiamo

(Barrare l'opzione scelta)

affinché il minore di cui sopra venga ritratto, in foto e/o video, durante lo svolgimento di attività in modo che la Parrocchia possa usare tali rappresentazioni per un fine di comunicazione a titolo gratuito senza limiti di tempo, dando il pieno consenso alla possibile diffusione delle stesse sul giornale cartaceo, sul sito web e sui social della Parrocchia S. Maria Assunta in Casale sul Sile.

- Ci impegniamo a comunicare agli animatori del campo informazioni importanti riguardo la salute di nostro/a figlio/a per una buona riuscita del campo (patologie fisiche o psichiche, disturbi del comportamento, enuresi notturna, uso di apparecchi protesici o altri ausili, diete particolari...).
- Al fine di tutelare la salute di nostro/a figlio/a e di favorire l'anamnesi medica in caso di bisogno di cure dichiariamo i seguenti dati sanitari in modo esatto e completo:

DATI SANITARI (*campi da compilare obbligatoriamente)

- *Codice Fiscale del ragazzo/a:
- *In caso di accesso a strutture ospedaliere/sanitarie garantiamo di essere reperibili al seguente Cell.:
- È allergico/intollerante ai seguenti cibi:
- È allergico ai seguenti farmaci/principi attivi/prodotti:
- Sta svolgendo la seguente terapia farmacologica (nel periodo del campo/uscita) con il seguente farmaco e posologia:
- Per il trattamento di patologie lievi (febbre, dolori mestruali, piccole ustioni, puntura d'insetto, contusioni, distorsioni) si possono usare farmaci da banco, ma per le seguenti patologie chiediamo che vengano usati questi farmaci:
Patologie: Farmaci:
- *Ha effettuato le seguenti VACCINAZIONI (metti una croce sulle vaccinazioni effettuate):

☐ Tetano	☐ Varicella	☐ Covid 19	☐ Morso zecca	☐ Morbillo	☐ Parotite	☐ Pertosse	☐ Difterite	☐ Poliomielite
☐ Rosolia	☐ Epatite A	☐ Epatite B	☐ Epatite C	☐ Meningite (Meningococco B)	☐ Meningite (Meningococco C)			
Meningite (Haemophilus B)			☐	☐	☐			
☐	☐	☐	☐	☐	☐			
- Ha avuto le seguenti patologie pregresse (esempio: morbillo, parotite, pertosse, rosolia, varicella, scarlattina o altre), operazioni:
- Ha le seguenti patologie in atto:
- È portatore di apparecchiature elettroniche o ha incorporati materiali ferromagnetici o è allergico a farmaci di contrasto che rendono controindicato l'esame RSM (Risonanza Magnetica Nucleare) → ☐ NO ☐ SI
- È allergico al seguente farmaco di contrasto:

- **Allegiamo la fotocopia della Carta di Identità e della Tessera Sanitaria**

(Luogo e data)

(firme, una sola in caso di tutore legale)