

SCHEDA CON DATI SANITARI

Dicembre 2018

per la partecipazione all'evento scout

che si terrà a dal al

.....

(parte a cura dei genitori o di chi esercita la potestà genitoriale – in caso di minorenni-)

I sottoscritti.....

(Nome e cognome)

.....in qualità di

(Nome e cognome)

(genitori/.....)

di

(Nome e cognome)

nata/o il a

indirizzo

(Via/Viale/Piazza/.....)

(CAP)

(Città)

n° tessera sanitariaASL di appartenenza

Medico curante

(Nome e cognome)

(recapito telefonico)

Vaccinazioni obbligatorie effettuate **si** **no**

Eventuali notizie che si ritiene possano essere utili ai fini dell'assistenza sanitaria (allergie, intolleranze, malattie contagiose già avute, ecc.):

[] (se necessario) Alleghiamo inoltre terapia medica rilasciata in data.....dal medico curante Dott.....completa di: nome/i del/i medicinale/i, modalità ed orario di somministrazione, posologia. Autorizziamo, quindi, i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza.

Autorizziamo nostro/a figlio/a partecipare all'evento scout succitato.

Firma (dei due genitori in caso di minorenni)

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI (PROPEDEUTICO ALLA PARTECIPAZIONE A CAMPI SCOUT O ALTRI EVENTI SPECIALI)

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, di seguito riportati, ai sensi del D.Lgs 196/03 ("Codice della Privacy"), in accordo con l'informativa fornitami da AGESCI. Autorizzo altresì la condivisione di fotografie e filmati del campo con i partecipanti, la propria struttura regionale AGESCI e la stampa associativa e

DICHIARO

che i dati sanitari dichiarati nella scheda sanitaria a seguire sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con la normale vita di campeggio.