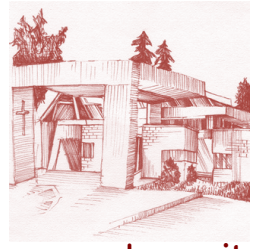


# Parrocchia "San Francesco d'Assisi"

Piazza San Gottardo, 3 33170 Borgo Cappuccini - PORDENONE  
Cod. Fisc. 91010450939 Tel e fax 0434 247518



Sito: [www.parrocchiasanfrancescopordenone.it](http://www.parrocchiasanfrancescopordenone.it) e-mail: [parroco@parrocchiasanfrancescopordenone.it](mailto:parroco@parrocchiasanfrancescopordenone.it)

## **DA CONSEGNARE ALL'ARRIVO AL CAMPO SCUOLA**

### Dati del Partecipante

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_

### Segnalazioni Particolari:

1. Patologie che necessitano di particolari cure e attenzioni \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Patologie che necessitano di particolare alimentazione \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. È stato/a interessato/a da malattie infettive nell'ultimo mese? Se sì, quali? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4. Soffre di allergie a:

farmaci

alimenti

sostanze

Altro

Quali? (per le sostanze specificare dove sono contenute) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

5. È stato/a in contatto nell'ultimo mese con persone portatrici di malattie infettive? Se sì di quali malattie erano affette? \_\_\_\_\_

6. Altre informazioni utili da sapere per il bene del partecipante \_\_\_\_\_

*I dati sopra raccolti verranno tutelati nel rispetto di quanto previsto dalla legge n. 196/2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") e saranno solo utilizzati per il regolare svolgimento del campo scuola.*

*Il genitore che sottoscrive la presente autocertificazione dichiara di aver attestato il vero e di sollevare la direzione del campo stesso da problemi sorti a causa di forza maggiore, inesattezze o omissioni in essa contenute.*

*Il genitore è altresì a conoscenza che al proprio/a figlio/a iscritto e partecipante al campo non sarà somministrato alcun farmaco se non espressamente indicato nel presente modulo, e che in caso di necessità sarà sempre prima contattata la famiglia.*

*In caso di urgenza, valutata dagli adulti presenti, e in caso d'irreperibilità delle persone indicate nei moduli d'iscrizione, si procederà attraverso la guardia medica o direttamente il 118.*

*L'eventuale assunzione di farmaci durante il periodo del campo deve sempre essere concordata con don Gianfranco o con il sacerdote accompagnatore, sia che avvenga in autonomia, sia che necessiti dell'aiuto vigile dell'adulto.*

*Si chiede all'organizzazione del Campo scuola di somministrare il*

*Si autorizza il/la proprio/a figlio/a ad assumere liberamente e in forma autonoma*

*(nome farmaco) \_\_\_\_\_*

*ogni (indicare tempi) \_\_\_\_\_*

*qualora ci fossero le seguenti condizioni: \_\_\_\_\_*

**Con la presente si dichiara di aver già presentato, al momento dell'iscrizione, la fotocopia della Tessera Sanitaria e del Libretto delle Vaccinazioni.**

*Luogo e data, \_\_\_\_\_*

*Firma della Mamma*

*Firma del Papà*