

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 e-mail: parroco@parrocchiasanfrancescopordenone.it

DA CONSEGNARE IL GIORNO DELL'ARRIVO

Dati del Partecipante

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____ Luogo _____

Codice Fiscale _____

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 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 essere in regola con le vaccinazioni obbligatorie.

Luogo e data, _____

Firma della Mamma

Firma del Papà