

# CAMPOSCUOLA 2022

## *domanda di partecipazione di*

\_\_\_\_\_ (cognome e nome)

che ha frequentato la classe \_\_\_\_\_ ed è nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

<b>3-4-5 elem + 1-2 medie Casa per ferie "lo Scoiattolo" ASIAGO, via Rendola 21 (VI) dal 1 al 6 agosto con acconto di 100 euro e saldo alla partenza (totale 250€)</b>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Informativa sul trattamento dei dati personali

In applicazione del Decreto Legislativo 30.6.2003, n. 196, informiamo che tutti i dati nella domanda di partecipazione e nella scheda clinica sono destinati alla sola conoscenza funzionale dei campi stessi, hanno natura obbligatoria e che il rifiuto pregiudicherebbe la partecipazione al campo stesso. Si porta a conoscenza, e se ne richiede l'autorizzazione, che le eventuali fotografie scattate durante i campi, potranno essere esposte, a meno che non ci sia specifico divieto, nell'ambiente e sito della Parrocchia di Carpanedo, di Bertipaglia e della Natività della Beata vergine Maria di Maserà di Padova, come ricordo dell'esperienza. Si comunica, altresì, che la Parrocchia della Natività della Beata Vergine Maria di Maserà di Padova, sita in viale dei Kennedy 5 è la responsabile dei dati raccolti.

*firma di un genitore*

\_\_\_\_\_

### **Indirizzo e recapito dei genitori durante il campo o per eventuali contatti:**

via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ ( ) ☎ \_\_\_\_\_

☒ \_\_\_\_\_ posta elettronica \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ (cognome e nome del genitore) acconsente che il/la proprio/a figlio/a partecipi all'esperienza, spiegandogli bene il senso del camposcuola e la necessità di rispettare persone, orari e cose.

*firma di un genitore*

\_\_\_\_\_

**La scheda va consegnata all'iscrizione con l'acconto non rimborsabile e la fotocopia della tessera sanitaria o contattando don Roberto al n. 338 6067880**

NB Le iscrizioni entro e non oltre il **30 aprile** e fino a esaurimento posti (n.65)



# SCHEDA CLINICA di \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno \_\_\_\_\_

- Deve seguire delle limitazioni di **DIETA**?  SI  NO  
Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Deve prendere dei **FARMACI** regolarmente?  SI  NO  
Quali? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Ha frequenti **DOLORI** di testa?  SI  NO  
di pancia?  SI  NO  
di \_\_\_\_\_

Se SI, passa spontaneamente? Si/NO deve prendere questi farmaci \_\_\_\_\_

- Ha facilità di **VOMITO**?  SI  NO

- Ha avuto in passato **EMORRAGIE** ripetute dal **NASO**?  SI  NO

- Manifestazioni di tipo **ALLERGICO**  
**ASMA?**  SI  NO  
**RAFFREDDORE STAGIONALE?**  SI  NO  
**ECZEMA o ORTICARIA da ALIMENTI?**  SI  NO

(altro) \_\_\_\_\_

Se SI, che tipo di manifestazioni?

- Ha avuto manifestazioni di **INTOLLERENZA** a **FARMACI**?  SI  NO

Se SI, a quali? \_\_\_\_\_ con manifestazioni di tipo \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ che farmaco usare in alternativa? \_\_\_\_\_

- Ha avuto reazioni importanti da **PUNTURE** di **INSETTI**?  SI  NO

Se SI, **locali** \_\_\_\_\_ (gonfiore, dolore, arrossamento ecc.) **generali** \_\_\_\_\_  
(pallore, capogiro ecc.)

- Ha subito **INIEZIONI** di **SIERO** (antistaminico e/o antifidico)?  SI  NO

- Malattie in corso: \_\_\_\_\_

- Cure e attenzioni particolari: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_