



## Modulo iscrizione e autorizzazione

Consiglio Diocesano di Brescia

Il sottoscritto/a.....  
in qualità di genitore/legale rappresentante, DICHIARA LA PROPRIA RESPONSABILITÀ  
NEL CONCEDERE a (cognome e nome) .....  
nato/a il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ a..... e residente a  
..... via ..... n....

L'AUTORIZZAZIONE A PARTECIPARE al campo estivo proposto dall'Azione Cattolica  
di Brescia dal 27 agosto al 1 settembre a Obra di Vallarsa (TN).

Nome Mamma \_\_\_\_\_

Firma Mamma \_\_\_\_\_

Nome Papà \_\_\_\_\_

Firma Papà \_\_\_\_\_

### Informazioni sul trattamento dei dati sensibili

ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

L'elenco nominativo ed aggiornato dei dati raccolti e trattati nel pieno rispetto della normativa vigente è conservato presso la nostra sede, sita in via Tosio, n. 1 – 25121 Brescia. Non è prevista diffusione dei Vostri dati.

- Il/La sottoscritto/a autorizza l'inserimento dei dati raccolti nella banca dati del titolare del trattamento. Si richiede l'assenso ai sensi del D.L. 196 del 30/06/2003 "tutela dei dati personali".
- Il/La sottoscritto/a autorizza l'Azione Cattolica di Brescia alla ripresa e all'utilizzo di immagini fotografiche e video di mio/a figlio/a ad uso di divulgazione non commerciale mezzo stampa, internet, pubblica proiezione ed affissione.

Data.....

Firma.....

# DICHIARAZIONE PERSONALE SULLO STATO DI SALUTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore di \_\_\_\_\_

dichiara che il/la proprio figlio/a:

- è nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_
- è residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_,  
con i seguenti recapiti telefonici:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- numero tessera sanitaria \_\_\_\_\_

Segnare solo le voci interessate:

attualmente gode di stato di **buona salute**, cioè non presenta sintomi evidenti riferibili a malattia (febbre, tosse importante, dolori non indagati...).

partecipa senza problemi alle **normali attività** scolastiche, sportive e di gioco compatibili con l'età.

**NON** partecipa alle **normali attività** scolastiche, sportive e di gioco compatibili con l'età per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

è stato sottoposto alle comuni **vaccinazioni** (poliomielite, epatite B, tetano, pertosse, difterite...).

**NON** è stato sottoposto alle comuni **vaccinazioni** per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_

in passato ha sofferto o soffre di (segnare solo le **principali malattie**: es. asma, intolleranza alimentare...):

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

attualmente è in **terapia** con:

1. Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_ ora di assunzione \_\_\_\_\_
2. Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_ ora di assunzione \_\_\_\_\_
3. Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_ ora di assunzione \_\_\_\_\_
4. Nome del farmaco: \_\_\_\_\_ dose \_\_\_\_\_ ora di assunzione \_\_\_\_\_

soffre di **allergie** alle seguenti sostanze (farmaci, sostanze naturali, sostanze varie...)

1. Nome della sostanza: \_\_\_\_\_ sintomi: \_\_\_\_\_
2. Nome della sostanza: \_\_\_\_\_ sintomi: \_\_\_\_\_
3. Nome della sostanza: \_\_\_\_\_ sintomi: \_\_\_\_\_

altro (**notizie importanti** che riguardano lo stato di salute del minorenne e che devono essere conosciute da chi opera accanto al ragazzo)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Data e luogo:

Firma del genitore