

ADESIONE AL PROGETTO
“BAMBINI E RAGAZZI IN... VAL DI CEMBRA 2015”

Organizzazione Sogno Numero 2 a.p.s. Anteas
(da compilare una scheda per ogni partecipante)

DATI PERSONALI DI CHI PARTECIPA AL CAMPO

COGNOME E NOME del partecipante al campo	
NATO A	IL
RESIDENTE IN VIA	N.
CAP	CITTA'

AUTORIZZAZIONE

I sottoscritti, genitori del minore:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

e-mail _____

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente in _____

Via _____ n. _____

Tel. _____ cell. _____

DANNO L'ASSENSO ALLA PARTECIPAZIONE, della figlia/o a partecipare al Campo Estivo Internazionale Bambini e Ragazzi in... Val di Cembra dal 4 all'11 luglio 2015. **ACCONSENTONO** affinché il figlio minore sia accompagnato dal sig. Gianfranco Speranza nato a Crocetta del Montello TV il 3.6.1956 residente in Preganziol TV, via Sambughè 152/b, in qualità di Presidente di Sogno Numero 2 Anteas A.P.S. con sede in Treviso Borgo Mestre, 107, per il periodo dal 4 all'11 luglio 2015, al campo estivo internazionale in Trentino Alto Adige - Segonzano.

INOLTRE AUTORIZZANO

Sogno Numero 2 Anteas Associazione di Promozione Sociale, ad utilizzare per soli scopi istituzionali, promozionali e divulgativi propri dell'Associazione, e comunque non per uso lucrativo, attraverso tutti media (internet, Tv, video, carta stampata, newsletter, comunicazioni etc.) le immagini (video e foto) realizzate nel corso del progetto "Campo Estivo Internazionale" del figlio.

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", acconsento che i miei dati anagrafici siano raccolti e trattenuti per l'espletamento delle attività amministrative proprie di Sogno Numero 2 Anteas Associazione di Promozione Sociale.

NON mi oppongo all'invio di materiale pubblicitario e/o promozionale riguardanti le attività dell'Associazione. Ai sensi dell'art. 13 della predetta legge potrà, comunque ed in qualsiasi momento, chiedere informazioni in merito a tali dati e richiederne la modifica o cancellazione.

Data _____

Firma del genitore _____ Firma del genitore _____

La quota di partecipazione è di € 410,00 tutto incluso. La domanda di iscrizione è da consegnare accompagnata dal versamento di un acconto di € 200,00, per partecipante più € 20,00 per tesseramento annuale all'Associazione, qualora non fosse già stato fatto. In caso di maggiori adesioni rispetto al numero di partecipanti previsto (50), verrà presa in considerazione la data di iscrizione.

SCHEDA INFORMATIVA

COGNOME E NOME PARTECIPANTE

MALATTIE INFETTIVE

	HA AVUTO LA MALATTIA?			E' VACCINATO?	
	SI	NO	NON SO	SI	NO
PAROTITE					
PERTOSSE					
ROSOLIA					
VARICELLA					
MORBILLO					

ALLERGIEAllergie alimentari: **SI** **NO** Se **SI** indicare quali _____Allergie da farmaci **SI** **NO** Se **SI** indicare a quale farmaco _____Allergie da pollini: **SI** **NO** Allergie da punture di insetto: **SI** **NO** Se **SI** indicare quale _____Porta medicine indispensabili: **SI** **NO** Se **SI** indicare quale ed allegare certificato medico con istruzioni per l'uso _____

Altre problematiche che ritiene di doverci segnalare

Sa nuotare : **SI** **NO**

Data _____

Firma leggibile _____