

**ADESIONE AL PROGETTO** (scheda da compilare per ogni partecipante)

**Campo Estivo Internazionale Bambini e ragazzi in... Friuli 2017**

Organizzazione Sogno Numero 2 a.p.s. Anteas


**DATI PERSONALI DI CHI PARTECIPA AL CAMPO**

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

**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... Friuli dall'1 all'8 luglio 2017. **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 sopra indicato, al campo estivo internazionale in Friuli Venezia Giulia – Forgaria nel Friuli.

**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 € 430,00 tutto incluso. La domanda di adesione al progetto e 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					

**ALLERGIE**Allergie 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 \_\_\_\_\_