



DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL CAMPO INVERNALE RS 2017

Noi sottoscritti _____ e _____
genitori / tutori di _____
nato/a il _____ a _____
e residente a _____ in via/piazza _____
numero tessera sanitaria _____ Asl di appartenenza _____
Nome - indirizzo - telefono del medico curante: _____

Autorizziamo nostro/a figlio/a a partecipare al campo RS invernale che si terrà a Santarcangelo di Romagna (RI) , **da Giovedì 5 gennaio a Sabato 7 gennaio 2017**, in quanto conosciamo le attività che saranno svolte dai ragazzi durante il campo e gli obiettivi educativi che i capi scout si prefiggono di raggiungere con tali attività nell'ambito del Metodo Scout, di cui condividiamo lo spirito, le finalità e gli strumenti educativi.

In caso di malattia, di infortunio o di altri eventi gravi, tali da mettere in pericolo la vita o lo stato di salute di nostro/a figlio/a e che richiedano interventi immediati in ordine a ricoveri ospedalieri, trasferimenti e terapie in genere (anche chirurgiche), ed indipendentemente dalla comunicazione a noi o ad altri familiari, deleghiamo i capi scout responsabili a prendere ogni decisione che si rendesse necessaria, fino al momento in cui potremo essere presenti personalmente.

Inoltre (se necessario) allego terapia medica rilasciata dal medico curante, completa di: Nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia. Autorizzo quindi i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza

In alternativa domando ai responsabili la scheda di autocertificazione personale.

In fede _____
data _____

firme: _____
