



Domanda di partecipazione al Campo Estivo a Palermo

Io _____
nato/a il _____ a _____
e residente a _____ in via/piazza _____
numero tessera sanitaria _____ Asl di appartenenza _____
Nome - indirizzo - telefono del medico curante _____

Chiedo di partecipare al Campo RS che si terrà a Palermo (PA), **da Domenica 13 agosto a Domenica 20 Agosto 2017**, in quanto conosco le attività che saranno svolte durante il campo e ne condivido le finalità. In caso di malattia, di infortunio o di altri eventi gravi, tali da mettere in pericolo la mia vita od il mio stato di salute e che richiedano interventi immediati in ordine a ricoveri ospedalieri, trasferimenti e terapie in genere (anche chirurgiche), delego i capi scout responsabili a prendere ogni decisione che si rendesse necessaria, fino al momento in cui potranno essere presenti od avvisati i familiari prossimi

Allego (se necessario) 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

Firma

