



## Domanda di partecipazione al Campo Estivo a Palermo

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** che si terrà a **Palermo (PA), da Domenica 13 agosto a Domenica 20 Agosto 2017**, in quanto conosciamo le attività che saranno svolte dai ragazzi durante il **Campo RS** 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_