

## ISCRIZIONE ai Campi estivi in montagna

18/7-25/7 5el – 1med

25/7-1/8 2-3med

|              |                                 |   |
|--------------|---------------------------------|---|
| Noi          | _____                           | _____   |
|              | <i>Cognome papà</i>             | <i>Nome papà</i>                              |
| genitori di: | _____                           | _____   |
|              | <i>Cognome mamma</i>            | <i>Nome mamma</i>                             |
|              | _____                           | _____   |
|              | <i>Cognome figlio/a</i>         | <i>Nome figlio/a</i>                          |
|              | _____                           | _____   |
|              | <i>Nato a</i>                   | <i>Il</i>                                     |
|              | _____                           | _____   |
|              | <i>Residente a</i>              | <i>In via</i>                                 |
|              | _____                           | _____   |
|              | <i>Cellulare di un genitore</i> | <i>Telefono di reperibilità (per urgenze)</i> |
|              | _____                           | _____   |
|              | <i>E-Mail</i>                   | <i>Tessera Sanitaria (facoltativo)</i>        |
|              | _____                           | _____   |

aderendo al programma delle "Campi estivi in montagna" organizzate e realizzate dalla Parrocchia di sant'Adrea, preso atto che in caso di necessità i responsabili delle attività estive potranno chiedere l'intervento del Servizio Sanitario e/o accompagnare il/la ragazzo/a presso il Pronto Soccorso,

**chiediamo che nostro/a figlio/a sia iscritto alle Vacanze Estive 2019  
che si svolgeranno presso la Casa Vacanze La Sorgente a Oltre il Colle  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_**

**Autorizziamo la Parrocchia, nella persona del Responsabile delle Vacanze Estive (e dei suoi collaboratori):**

- ad **ASSUMERE** ogni provvedimento necessario per garantire che le attività e gli ambienti utilizzati dalla parrocchia rimangano accoglienti e sicuri per tutti i ragazzi presenti;
- ad **IMPEDIRE** a nostro/a figlio/a ogni attività che sia ritenuta pericolosa o comunque inopportuna;
- a **PROVVEDERE** per il rientro in Parrocchia di nostro/a figlio/a qualora questo provvedimento fosse necessario per custodire il significato della vacanza dell'Oratorio o per evitare che siano ripetuti comportamenti inammissibili,

Luogo e data , .....

Firma Papà .....

Firma Mamma .....

## Informativa ai fini privacy e riservatezza

### Raccolta dati per le Vacanze Estive promosse e realizzate dalla Parrocchia sant'Adrea Apostolo.

Tenuto conto di quanto previsto dall'art. 91 del Regolamento UE 2016/679, il trattamento dei dati personali da Voi conferiti compilando l'apposita sezione del presente modulo è soggetto al Decreto Generale della CEI "Disposizioni per la tutela del diritto alla buona fama e alla riservatezza dei dati relativi alle persone dei fedeli, degli enti ecclesiastici e delle aggregazioni laicali" del 24 maggio 2018.

Ai sensi degli articoli 6 e 7 del Decreto Generale CEI si precisa che:

- a) il titolare del trattamento è l'ente Parrocchia sant'Adrea Apostolo, legalmente rappresentata dal parroco pro tempore;
- b) per contattare il titolare del trattamento può essere utilizzata la mail segreteria@upsanfrancesco.org;
- c) i dati da Voi conferiti sono richiesti e saranno trattati unicamente per organizzare i Campi estivi in montagna realizzati dalla Parrocchia;
- d) i medesimi dati non saranno comunicati a soggetti terzi;
- e) i dati conferiti saranno conservati fino al termine delle Vacanze Estive; alcuni dati potranno essere conservati anche oltre tale periodo se e nei limiti in cui tale conservazione risponda ad un legittimo interesse della Parrocchia sant'Adrea Apostolo
- f) l'interessato può chiedere alla Parrocchia l'accesso ai dati personali (propri e del figlio/della figlia), la rettifica o la cancellazione degli stessi, la limitazione del trattamento che lo riguarda oppure può opporsi al loro trattamento; tale richiesta avrà effetto nei confronti di tutti i contitolari del trattamento;
- g) l'interessato può, altresì, proporre reclamo all'Autorità di controllo.

**Tenuto conto che il trattamento dei dati personali sopra indicati è limitato alle sole finalità di cui alla lett. c) dell'Informativa, considerato che il trattamento dei dati personali è necessario per permettere alla Parrocchia sant'Adrea Apostolo di realizzare le iniziative sopra indicate e, dunque, l'eventuale diniego al trattamento dei dati personali sopra indicati impedisce alla medesima di accogliere la richiesta di iscrizione/partecipazione, letta l'Informativa Privacy, prendiamo atto di quanto sopra in ordine al trattamento dei dati per le finalità indicate alla lettera c) dell'Informativa.**

Luogo, data

Firma del papà

Firma della mamma

.....

.....

**SCHEMA SANITARIA PER MINORI - SANITARY CARD FOR MINORS**

|  |                            |
|--|----------------------------|
|  |                            |
| cognome-surname  | nome-first name            |
|  |                            |
| Luogo e data di nascita – place and date of birth                  | nazionalità – nationality  |
|  |                            |
| Residenza, indirizzo, telefono – domicile, complete address, phone |                            |
|  |                            |
| Medico curante – doctor in charge                                  | libretto sanitario n. AUSL |

**MALATTIE PREGRESSE – PREVIOUS DISEASES**

|                         |        |    |                 |                      |        |    |
|-------------------------|--------|----|-----------------|----------------------|--------|----|
| Morbillo measles        | Si-yes | No | Non so- unknown | Vaccinato-vaccinated | Si-Yes | No |
| Parotite mumps          | Si-yes | No | Non so- unknown | Vaccinato-vaccinated | Si-Yes | No |
| Pertosse whooping-cough | Si-yes | No | Non so- unknown | Vaccinato-vaccinated | Si-Yes | No |
| Rosolia rubella         | Si-yes | No | Non so- unknown | Vaccinato-vaccinated | Si-Yes | No |
| Varicella varicella     | Si-yes | No | Non so- unknown | Vaccinato-vaccinated | Si-Yes | No |

**ALLERGIE – ALLERGIES**

|                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
|                                  | specificare - specify |
| Farmaci drugs                    |                       |
| Pollini pollens                  |                       |
| Polveri dusts                    |                       |
| Muffe moulds                     |                       |
| Punture di insetti insect stings |                       |
|                                  |                       |

Altro-other diseases: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – included papers concerning diseases and therapies in progress: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

intolleranze alimentari – food intolerances: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta) – As regards the minors (bar the right choice):

non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici

no medical help was requested in the last 5 days

è stato richiesto intervento medico – si allega certificazione medica attestante l'assenza di

malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività

medical help was requested – the absence of infectious diseases such as to contraindicate the

admittance of the same minor in the community is declared by enclosed medical certification

Data - date

Firma di chi esercita la potestà parentale  
 Signature of the person exercising parental authority

## VACCINAZIONI – VACCINATIONS

E' stato effettuato un ciclo completo delle seguenti vaccinazioni?  
Has a cycle of the following vaccinations against been completed?

Se no, annotare la data dell'ultimo richiamo: - if not, please record the date of the last dose:

|                                     |        |    |  |
|-------------------------------------|--------|----|--|
| Antitetanica tetanus                | Si-yes | No |  |
| Antidifterica diphteria             | Si-yes | No |  |
| Antipoliomielitica poliomyelitis    | Si-yes | No |  |
| Antiepatite B viral haepatitis B    | Si-yes | No |  |
| Antimorbillosa measles              | Si-yes | No |  |
| Antitifica orale* oral antityphoid* | Si-yes | No |  |

\*Quando richiesta \*when requested

Data-date

Firma dell'operatore e timbro dell'AUSL  
Doctor's stamp and signature

N.B. La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da:

- fotocopia del libretto di vaccinazione
- fotocopia della tessera di vaccinazione (rilasciata da Settore Profilassi dell'Azienda USL in luogo del libretto)
- certificato delle vaccinazioni (rilasciato dagli uffici dell'anagrafe sanitaria dell'Azienda USL)

## AVVISO IMPORTANTE

Il responsabile del soggiorno di vacanza è tenuto a custodire le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto di quanto previsto dalla normativa sulla riservatezza dei dati personali (L. 675/96 e successivi provvedimenti).

## IMPORTANT NOTICE

The head of the community is responsible for the privacy of personal data here included according to italian law 675/96 and subsequent rules.