

# **SCHEDA D'ADESIONE PER CAMPI ESTIVI AGESCI**

Campo dell'unità E/G AGESCI Ancona 4, Reparto "Sirio"  
presso "Pian delle Macinare ( PG ) " dal 29/06/2011 al 08/07/2011

COGNOME E NOME.....

LUOGO E DATA DI NASCITA.....

INDIRIZZO (ATTUALE RESIDENZA).....

INDIRIZZO E RECAPITI TELEFONICI DEI GENITORI DURANTE IL CAMPO

.....  
.....  
.....

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare al campo che si terrà per l'organizzazione del Gruppo Scout AGESCI Ancona 4, Reparto "Sirio ", in località "Pian delle Macinare (PG) " dal 29/06/2011 al 08/07/2011 assumendomi ogni responsabilità che tale decisione comporta.

**Autorizzo inoltre i responsabili del campo, qualora in caso di emergenza sia stato impossibile mettersi in contatto con me o con altri membri della famiglia (malgrado ogni tentativo), ad adottare, secondo le istruzioni del medico, quei provvedimenti necessari al benessere di mio/a figlio/a, data l'urgenza della decisione da prendere.**

**Acconsento inoltre ad accettare ogni responsabilità finanziaria che superi i benefici dell'assicurazione di cui gode mio/a figlio/a quale membro dell'associazione AGESCI.**

**Ancona, .....**

**Firma**

.....

# **AUTOCERTIFICAZIONE**

(da consegnare il giorno della partenza)

Io sottoscritto.....in qualità di genitore di  
.....nato a .....il.....dichiaro  
che mio figlio/a, nei 5 giorni precedenti il Campo Scout 2011, non  
ha presentato sintomatologie riferibili a malattie in corso.

Data.....

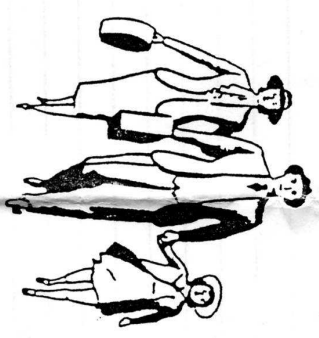
Firma

.....

Vaccinazioni eseguite

	I dose	II dose	III dose
DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
DTP	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___
Richiami	___/___/___	___/___/___	___/___/___
antiepatite B	___/___/___	___/___/___	___/___/___
MPR	___/___/___	___/___/___	___/___/___
morbillo	___/___/___	___/___/___	___/___/___
parotite	___/___/___	___/___/___	___/___/___
rosolia	___/___/___	___/___/___	___/___/___
haemophilus b	___/___/___	___/___/___	___/___/___
altre (specificare)	___/___/___	___/___/___	___/___/___

La compilazione della parte sovrastante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione



Le informazioni contenute nella presente scheda saranno trattate in conformità a quanto previsto dalla Legge 675/96 sulla tutela della privacy

**SCHEDA SANITARIA  
PER MINORI  
OSPITI  
DI SOGGIORNI  
DI VACANZA**

Allegato A  
Alla Circolare  
Ministero Sanità  
n° ... del \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Medico compilatore \_\_\_\_\_

Qualifica:

- Medico di medicina generale
  - Pediatra di libera scelta
  - Medico USL di residenza
- Codice sanitario reg. \_\_\_\_\_

DATA DI COMPILAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE

