

**RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ATTIVITA'
GRUPPO DI ANIMAZIONE "PICCOLE COMETE"**
(da compilare a cura dei genitori dopo la riunione esplicativa con i capi unità)

Noi sottoscritti (*nome e cognome di entrambi i genitori o degli esercenti la potestà genitoriale*)

_____ e _____

dichiaro di essere a conoscenza degli obiettivi educativi delle attività del gruppo di animazione "piccole comete", proposto dalla Comunità del gruppo scout Agesci Porto Torres 1.

Diamo pertanto il nostro consenso affinché nostra/o figlia/o _____

venga iscritta/o al suddetto gruppo di animazione

PREMESSO CHE

siamo a conoscenza che tale autorizzazione è valevole dall'ingresso nelle Piccole Comete fino al termine della proposta (compimento dei 7 anni). Noi ci impegniamo a partecipare alle riunioni organizzate dai capi al fine di conoscere le attività che verranno proposte a nostra/o figlia/o.

SIAMO CONSAPEVOLI CHE:

1. dette attività verranno attuate in conformità al Progetto Educativo Agesci Porto Torres 1 e alla proposta di percorsi di educazione alla vita cristiana, quali a titolo esemplificativo:
 - uscite e campi di più giorni con pernotti,
 - vita all'aria aperta anche in aree non urbanizzate,
 - giochi di attività fisica,
2. Sia nelle attività settimanali, in sede o all'esterno (con pernottamento o meno), sia durante i campi, l'unità potrà spostarsi usufruendo di vari mezzi di trasporto (treni, pullman, automezzi, biciclette, ecc.).
3. Suddette attività vengono organizzate e realizzate sotto la responsabilità e con la presenza di capi (adulti in servizio volontario).
4. Durante l'attività potranno essere effettuate riprese fotografiche o filmati, anche dagli altri componenti dell'unità, all'insaputa dei capi così che non sia nelle possibilità di quest'ultimi impedirne un'eventuale diffusione mediante qualsiasi mezzo digitale e non.
5. Durante lo svolgimento di alcune delle suddette attività potrebbe non essere possibile comunicare direttamente con nostra/o figlia/o.
6. Sarà nostra cura informarvi per eventuali problemi di salute e/o alimentari fornendovi i necessari aggiornamenti per iscritto sulla sua scheda medica (allegata alla presente).

DICHIARIAMO

- che faremo partecipare nostra/o figlia/o alle attività di cui sopra in piena consapevolezza e con piena fiducia nell'operato sia dei capi responsabili del gruppo di animazione che della Comunità capi, che conosciamo, che avranno la responsabilità delle attività a cui faremo partecipare nostra/o figlia/o aderendo quindi integralmente alle iniziative che man mano ci verranno comunicate;
- di sollevare i capi da eventuali responsabilità connesse al normale svolgimento delle attività;
- di autorizzare espressamente i capi, qualora ne sopravvenga l'esigenza durante le attività e secondo il loro giudizio, a portare nostra/o figlia/o presso il più vicino centro di guardia medica o Pronto Soccorso affinché venga affidato alle cure mediche.



PORTO TORRES 1

Gruppo Porto Torres 1
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
Via IV Novembre snc – 07046 Porto Torres SS
www.portotorres1.org
portotorres1@sardegna.agesci.it
☎ 1786074648

C.F. 92064000901

CHIEDIAMO

ai capi unità che nostra/o figlia/o: *(segnare con una X)*

- sia affidata/o ad un genitore o a una persona da noi delegata (che comunicheremo al capo del gruppo di animazione all'inizio delle attività) che si presenterà puntuale al termine delle attività.

In fede

_____	(_____)	<input type="checkbox"/>
<i>(firma)</i>	<i>(ruolo)</i>	
_____	(_____)	<input type="checkbox"/>
<i>(firma)</i>	<i>(ruolo)</i>	

(Compilare/firmare congiuntamente da entrambi i genitori indicando tra parentesi il ruolo, anche in caso di separazione/divorzio (art. 155 C.C. modificato dalla legge 08.02.2006, n. 54), individuando nel quadratino chi esercita legalmente la responsabilità genitoriale ed indicando altresì eventuali regole che devono essere conosciute dai capi in relazione al rapporto con i figli, da considerarsi valide fino a nuove indicazioni scritte)

Data _____ Luogo _____





PORTO TORRES 1

Gruppo Porto Torres 1
Associazione Guide e Scouts Cattolici Italiani
Via IV Novembre snc – 07046 Porto Torres SS
www.portotorres1.org
portotorres1@sardegna.agesci.it
☎ 1786074648

C.F. 92064000901

SCHEDA ISCRIZIONE FIGLIA/O *(dati da scrivere in stampatello)*

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ () il ____ / ____ / ____ nazionalità _____
residente a _____ () CAP _____
in Via/Piazza _____ civico _____
Tel. casa _____
Religione _____ Cittadinanza _____
Parrocchia frequentata _____
Scuola Frequentata _____



DATI GENITORI

Cognome _____ Nome _____
cellulare _____ Tel. casa _____
e-mail genitore _____
Cognome _____ Nome _____
cellulare _____ Tel. casa _____
e-mail genitore _____
Firma del genitore che compila _____





PORTO TORRES 1

C.F. 92064000901

**"CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SANITARI"
(INDISPENSABILE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' SCOUT)**

Autorizzo il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili, di seguito riportati, ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 ("GDPR") e del decreto attuativo 10.08.2018, n° 101, in accordo con l'informativa fornitami da AGESCI e

DICHIARO

che i dati sanitari sotto indicati sono aggiornati alla data di sottoscrizione del presente documento, veritieri, completi e compatibili con l'attività del gruppo animazione. In caso di variazione dei dati sotto riportati gli stessi saranno prontamente aggiornati e trasmessi al capo unità.

SCHEDA SANITARIA

Cognome _____ Nome _____

nato/a _____ () il ____ / ____ / ____

Codice fiscale _____ Nr. Tessera sanitaria _____

Reperibilità per emergenze _____

(nome genitore)

(recapito telefonico)

vaccinazione antitetanica **SI** **NO**

Effettive allergie e/o intolleranze a cibi, medicinali o altro (indicare il grado di reazione) _____

In caso di profilassi in corso, specificare nome del farmaco, la posologia, gli orari e l'indicazione dell'autonomia del bambino nella somministrazione, allegando prescrizione medica: _____

Ulteriori note sanitarie di rilievo: _____

data

Firma (dell'avente diritto o degli esercenti la potestà genitoriale)

