



MODULO D'ISCRIZIONE ALIAVVENTURA 2023

DATI GENITORE

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

indirizzo _____

codice fiscale _____

indirizzo email _____

Recapiti telefonici genitori

Mamma.....

Papà

Altri familiari o amici da contattare in caso di emergenza

.....

CHIEDE D'ISCRIVERE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A

Nome _____

Cognome _____

nato/a a _____ il _____

codice fiscale _____

al campo estivo Aliavventura 2023 organizzato dalla Guccione Viaggi S.r.l. in collaborazione con l'Azienda Dara Guccione Biofarm, nel seguente periodo:

- 18/24 giugno
- 25 giugno/1 luglio
- 2/8 luglio
- 9/15 luglio
- 16/22 luglio
- 23/29 luglio

dichiarando di avere preso visione del regolamento e di conoscere le finalità e di condividerne i programmi e le metodologie.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che con la sottoscrizione del presente modulo si

impegna al pagamento della quota d'iscrizione ivi compresa la quota assicurativa pari ad euro 80,00 (corrispondente a quanto previsto nel regolamento).

Il saldo dovrà essere effettuato 30 gg prima della partenza o contemporaneamente all'iscrizione (450 euro quota campo)

Palermo, li firma

Bonifico bancario da effettuarsi sul seguente c/c:

(**NOTA BENE!** Le Coordinate Bancarie sono differenti da quelle dell'anno scorso), di seguito le nuove

Beneficiario: DARA GUCCIONE BIOFARM società agricola semplice

ALIA (PA) CONTRADA BORDONE SNC CAP 90021

Credem Palermo ag. 2

IBAN IT88B0303204602010000350301

BACRIT21453

SCHEDA INFORMATIVA DEL PARTECIPANTE

Notizie mediche

Gruppo sanguigno _____

Malattie infettive avute _____

Patologie gravi (sia presenti che passate)

Specificate per patologie presenti la cura da seguire (farmaci e regole alimentari) _____

Specificare eventuali intolleranze alimentari e la dieta da seguire _____

Interventi chirurgici subiti _____

Eventuali traumi passati (incidenti o fratture, specificare quando)

Informazioni farmacologiche

Reazioni allergiche o intolleranze a farmaci (**specificare**) _____

Specificare per ciascuna patologia sotto elencata farmaci già usati e dosaggi

Sindrome influenzale _____

Cefalea _____

Coliche addominali _____

Diarrea _____

Altro _____

Il sottoscritto/a (cognome e nome) _____

nella qualità di (specificare grado di parentela) _____ con riferimento

ai farmaci sopra elencati ed ai dosaggi indicati ne autorizza la somministrazione al proprio figlio/a
(cognome e nome) _____ in caso di necessità.

Altre informazioni

Disturbi del sonno, dell'alimentazione o altri disturbi (specificare eventuali rimedi) _____

Paure o fobie (specificare come intervenire) _____

Il sottoscritto (cognome e nome) _____ sotto la propria e personale responsabilità:

- dichiara che il proprio figlio/a (nome e cognome)

_____ è in regola con le vaccinazioni ed i richiami a norma di legge.

- autorizza i responsabili del Campo Aliavventura nel caso di eventi gravi, indipendentemente dalla tempestiva comunicazione ai familiari reperibili, a prendere decisioni immediate in ordine a ricoveri, trasferimenti, terapie in genere laddove ritenute dallo staff medico di supporto urgenti.

- si impegna a fornire al proprio figlio per l'intera durata del Campo tutti i farmaci necessari a seguire eventuali terapie collegate a patologie presenti.

- si impegna a ristorare l'azienda agricola Guccione di eventuali danni a cose provocate dal figlio/a minore previa quantificazione degli stessi.

Ai sensi degli articoli 7 e 13 del decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali) il/la sottoscritt_ dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali e autorizza la Guccione Viaggi al trattamento degli stessi nei limiti di quanto previsto dall'informativa.

Palermo, lì..... (firma).....