



# JUNIOR SUMMER CAMP 2024

## Dati anagrafici del ragazzo:

Cognome ..... Nome .....

Residente a ..... in via .....

nato a ..... il giorno ..... / ..... / .....

## Adesione genitore:

Cognome ..... Nome .....

Cod. fiscale .....

tel/cellulare ..... e-mail .....

Io sottoscritto .....richiedo l'iscrizione al Junior Summer Camp 2024 e dichiaro di aver preso visione e di accettare il regolamento in tutte le sue parti.

Data ...../...../..... Firma del genitore .....

## Desidero iscrivere mio figlio alle seguenti settimane di Camp:

10 - 14 Giugno

17 - 21 Giugno

24 Giugno - 28 Giugno

01 - 05 Luglio

8 - 12 Luglio

15 - 19 Luglio

22 - 26 Luglio

## REGOLAMENTO

**Obblighi del partecipante:** i partecipanti dovranno attenersi all'osservanza delle regole di normale diligenza e a quelle disciplinari specifiche fornite dai componenti dello staff del Junior Summer Camp 2024, esonerando fin da ora l'Organizzazione da ogni responsabilità in caso di mancata osservanza o inadempienza alle regole. In particolare, il soggetto esercente la patria potestà sul partecipante minorenni sarà chiamato a rispondere di tutti gli eventuali danni che dovessero derivare da un comportamento scorretto di quest'ultimo. L'Organizzazione si riserva il diritto di sospendere dal Camp il partecipante, senza diritto di alcun rimborso di quota, in caso di mancato rispetto e violazione delle regole, con obbligo del soggetto esercente la patria potestà di provvedere a proprie cure e spese a far rientrare a casa il partecipante escluso.

**Esonero di responsabilità:** l'Organizzazione è espressamente esonerata da responsabilità per tutti gli eventuali danni derivati da fatti imputabili in via esclusiva al partecipante o da circostanze che la stessa Organizzazione non poteva secondo la diligenza professionale ragionevolmente prevedere e risolvere. E' espressamente escluso il risarcimento dovuto dall'Organizzazione per danni a cose od al furto di esse. In ogni caso, l'eventuale risarcimento dovuto dall'Organizzazione per danni alla persona non può essere superiore all'indennità risarcitoria prevista nella polizza assicurativa sottoscritta dall'Organizzazione.

**Recesso:** il partecipante ha sempre diritto di recedere al contratto prima dell'inizio del Camp, mediante comunicazione agli organizzatori.

**Approvazione espresa:** si dichiara di aver preso visione delle informazioni contenute nel depliant e di accettare il regolamento del Camp.

data ...../...../..... Firma di un genitore o di chi ne fa le veci.....

**Legge 196/03 Tutela della privacy:** cedo a titolo gratuito al Junior Summer Camp 2024 il diritto di utilizzare immagini o fotografie di mio figlio nell'ambito del Camp o di stampati aventi lo scopo informativo o pubblicitario.

I dati personali verranno trattati al solo scopo di prestare il servizio in oggetto e tali dati non saranno divulgati.

data ...../...../..... Firma di un genitore o di chi ne fa le veci.....

## SCHEDA SANITARIA PER MINORI

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	Codice Fiscale:	AUSL

### VACCINAZIONI - MALATTIE PREGRESSE

Difterite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Diphtheria		No <input type="checkbox"/>		
Tetano	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Tetanus		No <input type="checkbox"/>		
Poliomielite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>		
Poliomyelitis		No <input type="checkbox"/>		
Epatite B	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Hepatitis B		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pertosse	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pertussis		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Emofilo b	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Haemophilus b		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Morbillo	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Measles		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Parotite	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Mumps		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Rosolia	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Rubella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Varicella	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Varicella		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Pneumococco	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Pneumococcal		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>
Meningococco C	Vaccinato - vaccinated	Sì - Yes <input type="checkbox"/>	Malattia pregressa -	Sì - Yes <input type="checkbox"/>
Meningococcal C		No <input type="checkbox"/>	Previous disease	No <input type="checkbox"/>

## ALLERGIE – ALLERGIES

	specificare - specify
Farmaci - Drugs	
Pollini - Pollens	
Polveri - Dusts	
Muffe - Moulds	
Punture di insetti - Insect stings	

Intolleranze alimentari – Food intolerances: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Altro - Other diseases: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto – Included papers concerning diseases and therapies in progress:

Data - date

Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale  
Signature of the person exercising parental authority