

**AUTORIZZAZIONE**  
(da consegnare al proprio Educatore)

Il/la sottoscritto/a ..... padre/madre del  
giovane..... nato a ..... il.....

**autorizza**

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al campo scuola dell’Azione Cattolica che si effettuerà nei giorni **dal 03 settembre al 10 settembre** e a versare la quota di €..... per viaggio e alloggio, esonerando l’organizzazione da responsabilità non comprese nella polizza assicurativa per infortuni e responsabilità civile, per ciò che riguarda il viaggio e la permanenza al campo.

Si richiede la firma di entrambi i genitori (o di chi ne fa le veci).

Firma

Firma

**SCHEDA SANITARIA**

cognome ..... nome .....  
nato/a il ..... residente a ..... tel .....  
n. tessera sanitaria ..... medico curante .....

**A cura del genitore**

Il ragazzo presenta problemi sanitari?      SI       NO   
Se sì quali.....  
.....  
il ragazzo presenta allergie a: farmaci.....pollini.....  
alimenti.....muffe.....altro.....  
Ha mai avuto reazioni a punture d’insetti?      SI       NO   
Assume con continuità farmaci?      SI       NO   
Se sì, specificare il motivo e le dosi .....  
.....  
farmaci abitualmente usati in caso di febbre .....  
deve seguire una particolare dieta?      SI       NO   
se sì quale .....  
è soggetto a frequenti emorragie al naso?      SI       NO

**Malattie infettive**

**malattia**

**vaccinazione**

Morbillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parotite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertosse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rosolia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varicella	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>