

SCHEDA CAMP 2018

Cognome e Nome PARTECIPANTE _____

Residente a _____ Provincia _____

In Via _____ n° _____ CAP _____

Tel. 1 n° _____ Tel. 2 n° _____

Indirizzo di posta elettronica _____

Camp scelto _____ dal _____ al _____

EVENTUALI SEGNALAZIONI SANITARIE

PATOLOGIE _____

ALLERGIA a _____ trattata con (farmaco) _____

ALLERGIA a _____ trattata con (farmaco) _____

FARMACI AD USO NECESSARIO DURANTE IL CAMP _____

NOTE _____

In caso di patologie o allergie è necessario allegare certificato medico relativo alla terapia prevista.

Si autorizza l'utilizzo dei dati personali e sanitari al fine di tutelare la salute dei partecipanti alla vacanza.
I dati verranno trattati ai sensi di quanto disposto dal DGPR 2016/679/UE e del d.Lgs. 196/2003.

AUTORIZZAZIONE TRATTAMENTO DATI PRIVATI

- Autorizzo l'Organizzazione al trattamento dei dati personali al fine di gestire tutte le pratiche per il corretto svolgimento della vacanza. (autorizzazione obbligatoria)
- Autorizzo l'Organizzazione alla diffusione di immagini e video che ritraggono mio/a figlio/a sul sito internet e sui social network gestiti direttamente ed in esclusiva dall'organizzazione.
- Autorizzo l'Organizzazione alla diffusione dei dati verso società terze collegate alla stessa ai fini dell'invio di offerte e promozioni pubblicitarie.

DATA _____

FIRMA della MAMMA _____

FIRMA del PAPA' _____