

## AUTORIZZAZIONE GENITORI \*

Associazione Amici dei Disabili e dei Minori

P.za Piloni, 11 – 32100 BELLUNO

Tel. 0437 942360 Fax 0437 942147

E-mail: [volontarigiovani@gmail.com](mailto:volontarigiovani@gmail.com)

ALLEGARE  
FOTOTESSERA

(Possibilmente  
recente)

Esperienza di volontariato

Villaggio S.Paolo – Villa Gregoriana

\* Per minorenni

N.B. La seguente autorizzazione deve essere consegnata presso gli uffici dell'Odar o inviata via e-mail a [volontarigiovani@gmail.com](mailto:volontarigiovani@gmail.com) ENTRO MAGGIO e dopo aver fatto l'iscrizione online.

Il/la sottoscritto/a (genitore) .....

nato/a a ..... in data .....

genitore del minore .....

nato/a a ..... in data .....

### ACCONSENTE

che il figlio/a partecipi all'esperienza di volontariato organizzata dalla Associazione Amici dei Disabili e dei Minori presso il Villaggio S.Paolo e la Villa Gregoriana

### AUTORIZZA

inoltre la pubblicazione sulle pagine dei Social network gestiti da ODAR e sul sito [www.accoglienza.diocesi.it](http://www.accoglienza.diocesi.it) di immagini (foto o filmati) che includono il figlio/a

### DICHIARA

- di aver preso visione ed accettare tutte le norme contenute nel regolamento e nel foglio di informazioni utili (si rimanda al sito [www.accoglienza.diocesi.it](http://www.accoglienza.diocesi.it) nella sezione Volontariato – Giovani – Campi estivi);
- di essere a conoscenza del GDPR 679/16 “Regolamento generale sulla protezione dei dati” e di acconsentire al trattamento dei dati personali di mio figlio/a da parte dell'Associazione e dell'ODAR.

ACCONSENTE

NON ACCONSENTE

che il figlio/a fumi sigarette, durante il periodo in cui presta servizio presso le strutture ODAR, nei luoghi dove è permesso e secondo gli orari concordati (sarà discrezione dei responsabili effettuare una telefonata presso la famiglia per confermare tale permesso).

Luogo e Data .....

Firma del genitore (o di chi ne fa le veci)

.....

# SCHEDA SANITARIA \*

Associazione Amici dei Disabili e dei Minori

P.za Piloni, 11 – 32100 BELLUNO

Tel. 0437 942360 Fax 0437 942147

E-mail: [volontarigiovani@gmail.com](mailto:volontarigiovani@gmail.com)



Esperienza di volontariato  
Villaggio S.Paolo – Villa Gregoriana

## \* Per minorenni

Io sottoscritto (genitore) \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

genitore di \_\_\_\_\_

### DICHIARO QUANTO SEGUE

1. Nella presente scheda medica sono contenute in forma esatta e completa tutte le notizie riguardanti le condizioni di salute psico-fisica di mio/a figlio/a.
2. Sono consapevole che le attività proposte a mio figlio/a e le cure mediche che le/gli saranno prestate in caso di infortunio o malattia saranno impostate dagli educatori e dai medici basandosi unicamente sulle informazioni contenute in questa scheda medica.
3. Sono consapevole che è mio dovere comunicare agli educatori ogni variazione intervenuta posteriormente alla data di compilazione della presente scheda in ottemperanza alle disposizioni di legge vigenti riguardo l'assistenza e la tutela dei minori.
4. Sono consapevole che in caso di incidenti gravi avvenuti nel corso delle attività al campo, gli educatori tenteranno sempre di informarmi e chiedere il mio consenso alle terapie da eseguire, utilizzando i recapiti contenuti nella presente scheda; in caso tale comunicazione risulti impossibile, autorizzo i responsabili del campo a prendere tutte le misure che riterranno opportune per salvaguardare la salute di mio/a figlio/a, ivi compreso il ricovero ospedaliero e l'intervento chirurgico d'urgenza, previo il parere dei medici responsabili del soccorso.

Data e luogo \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Recapiti utili per rintracciare i genitori \_\_\_\_\_

### DATI SANITARI

**N.B. Portare con sé un documento di riconoscimento valido e la tessera sanitaria.**

Allergie (pollini, polveri, muffe, alimenti, veleno insetti, altro). Dieta particolare (indicare alimenti vietati).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Notizie utili per il medico. Intolleranze a farmaci.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nostro/a figlio/a, nelle seguenti occasioni assume i seguenti farmaci, dei quali è personalmente dotato:

	Tipo di farmaco	Posologia	Modalità di assunzione
Febbre			
Punture insetti			
Contusioni, distorsioni			
Altro			
Altro			