

TRIVERO 1, AGESCI
Reparto Stella Alpina

SCHEDA MEDICA

Fotocopia libretto sanitario (da allegare al presente)

Vaccinazioni effettuate: _____

Allergie a cibi, medicinali, altro: _____

Eventuali medicine da somministrare: _____

Recapito telefonico durante il campo:

madre _____

padre _____

medico curante _____

Altre notizie utili: _____

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Io sottoscritt_____ autorizzo mi_____ figli_____ a partecipare al campo di reparto, che si terrà a Vaie (TO) dal **03/08/2018** al **13/08/2018** con il Reparto Stella Alpina del gruppo scout Agesci Trivero 1. Io autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte, sia esse di Reparto che di Squadriglia, consapevole che talune attività di squadriglia possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto. Inoltre, autorizzo i capi censiti nel Gruppo scout Agesci Trivero 1 che saranno presenti al campo, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai seguenti recapiti _____ove sarò reperibile nel periodo di svolgimento del campo.

Data _____ Firma _____