

**Casa Diocesana di Sampeyre, dall'11 al 14 agosto 2018**

**NOTE TECNICHE**

1. Il camposcuola si svolgerà dal sabato (ore 17) 11/08/2018 e si concluderà con la cena di martedì 14/08/2018;
2. Sarà possibile proseguire il soggiorno fino alla mattina di sabato 18/08;
3. Nelle giornate di formazione è garantita l'assistenza a bambini e ragazzi;
4. L'iscrizione deve avvenire sul modulo sotto riportato, che deve essere compilato in ogni sua parte e:
  - consegnato presso la sede AC in via Mandelli 9, ad Alba, il sabato mattina dalle 9.30 alle 12.00 OPPURE;
  - inviato via mail ad [adulti@acalba.it](mailto:adulti@acalba.it).
 Non è richiesto il versamento di acconto.
5. Il saldo sarà effettuato durante il soggiorno, presso la casa di Sampeyre.
6. La quota è indivisibile. In alternativa è possibile scegliere la quota giornaliera non scontata.

**COSTI**

	NON SOCIO AC	SOCIO AC
	Adulti	€ 120,00
	Figlio (6-18 anni)	€ 70,00
Dall'11 (cena) al 14 (cena) agosto	Dal 3° figlio (6-18 anni)	€ 30,00
	Bambini sotto i 6 anni	Gratis
	Adulti	€ 270,00
	Figlio (6-18 anni)	€ 150,00
Dall'11 (cena) al 18 (colazione) agosto	Dal 3° figlio (6-18 anni)	€ 40,00
	Bambini sotto i 6 anni	Gratis

Per i giorni singoli, in aggiunta al camposcuola (11-14 agosto) considerare i seguenti costi giornalieri: 45 € adulti (sconto soci AC 5 €), 25 € ragazzi (6-18 anni, sconto soci AC 5 €) e 15 € dal 3° ragazzo della stessa famiglia; GRATIS bambini sotto i 6 anni. Costo singolo pasto 15 €, pernottamento e prima colazione 15 €.

**PER ULTERIORI INFORMAZIONI**

	MAIL	INFO (chiamare dopo le 18)
AC ALBA Settore Adulti	<a href="mailto:adulti@acalba.it">adulti@acalba.it</a>	Silvia SERVETTI: 338/71.85.716 Patrizia FERRERO: 335/62.26.641

COGNOME:		NOME:	
NATO A:		NATO IL:	
INDIRIZZO:		CAP:	
COMUNE:		PARROCCHIA:	
TELEFONO casa:		E-MAIL:	
CELLULARE:		<input type="checkbox"/> SOCIO AC	<input type="checkbox"/> NON SOCIO AC
ARRIVO (giorno e ora)		PARTENZA (giorno e ora)	

**PARTECIPANTI (indicare i nominativi di tutti i partecipanti escluso il capofamiglia)**

<i>Inserire anche più nominativi per ogni riga</i>	NON SOCI AC	SOCI AC	Cognomi e Nomi	Date e luoghi nascita
Adulti				
Figli (6-18 anni)				
Figli (< 6 anni)				

**ASPETTI SANITARI (crocettare una singola scelta)**

I partecipanti risultano in stato di buona salute e non necessitano di diete particolari

Allego il modulo E "Aspetti sanitari" in quanto uno dei partecipanti necessita di diete particolari

Autorizzo l'Azione Cattolica Italiana e l'AC Albese al trattamento dei dati personali oggetto dell'iscrizione per fini di gestione e amministrazione. Autorizzo altresì l'uso di eventuali foto e video per scopi di promozione e pubblicazione su periodici, volantini, mail o sul sito internet dell'AC. Come da D.Lgs. n°196 del 2003 potrò in qualsiasi momento chiederne la cancellazione.

FIRMA del capofamiglia \_\_\_\_\_



Azione Cattolica Italiana  
DIOCESI DI ALBA

PAGAMENTO	REGISTRATO	NUMERO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, in qualità di:

partecipante al camposcuola diocesano \_\_\_\_\_, che si svolgerà nel periodo \_\_\_\_\_, presso la casa di \_\_\_\_\_

genitore/tutore di \_\_\_\_\_ partecipante al camposcuola diocesano \_\_\_\_\_, che si svolgerà nel periodo \_\_\_\_\_, presso la casa di \_\_\_\_\_

Segnala la presenza della seguente **PATOLOGIA** e/o la necessità delle seguenti **TERAPIE**:

**PATOLOGIA**  
(includere allergie a pollini, farmaci...)

TERAPIA QUOTIDIANA

TERAPIA AL BISOGNO

*In caso di particolari necessità terapeutiche, si prega di portare con sé i farmaci specifici (broncodilatatori, antistaminici...) e di fare riferimento agli educatori del camposcuola per la gestione degli stessi.*

Richiede una **DIETA SPECIALE** per le seguenti motivazioni:

1) Motivazione sanitaria

Intolleranza alimentare a (specificare alimento/i): \_\_\_\_\_

Allergia alimentare a (specificare alimento/i): \_\_\_\_\_

Patologie che richiedono dietoterapia (specificare patologia e tipo di dieta speciale): \_\_\_\_\_

In aggiunta a quanto sopra, segnalo che, allo stato delle mie conoscenze attuali, un mancato rispetto di tale dieta speciale con motivazione sanitaria:

comporta un "RISCHIO DI VITA" (shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)

non comporta un "RISCHIO DI VITA" (shock anafilattico, ricovero ospedaliero, gravi reazioni allergiche...)

1) Motivazione religiosa (specificare motivazione e tipo di dieta speciale)

Il sottoscritto allega CERTIFICATO MEDICO

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI, ANCHE SENSIBILI, AI SENSI DELL'ART. 13 D.LGS.30.06.03 N.196**

Il/la sottoscritto/a informato, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.30.06.03 n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", sulle finalità e modalità del trattamento, e rilevato che le stesse sono rispettose del codice della privacy e delle finalità del servizio svolto dall'AC Albese, esprime il proprio consenso al trattamento e comunicazione dei dati anche sensibili del suddetto interessato nei limiti e per le finalità precisati nell'informativa.

Luogo e data

Firma del genitore/tutore o del partecipante, se maggiorenne