

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.
 Non è richiesto il versamento di acconto.
5. Il saldo sarà effettuato durante il soggiorno, presso la casa di Sampeyre.

COSTI

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

l) 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...)

l) 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