

Casa Diocesana di Sampeyre, dal 10 al 13 agosto 2019

1. Il camposcuola inizierà sabato 10/08/2019 (ore 17) e si concluderà martedì 13/08/2019 con la cena.
2. Mercoledì 14/08/2019 sarà possibile partecipare a un'escursione tutti insieme.
3. La Casa rimane disponibile per proseguire il soggiorno anche nei giorni successivi, previa prenotazione.
4. Nelle giornate di formazione è garantita l'assistenza a bambini e ragazzi.
5. L'iscrizione deve avvenire con il 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.
6. Non è richiesto il versamento di acconto. Il saldo sarà effettuato durante il soggiorno, presso la casa di Sampeyre.
7. La quota è indivisibile. In alternativa è possibile scegliere la quota giornaliera non scontata.

| | NON SOCIO AC | SOCIO AC |
|---------------------------|--------------|----------|
| Adulti | € 120,00 | € 100,00 |
| Figlio (6-18 anni) | € 70,00 | € 55,00 |
| Dal 3° figlio (6-18 anni) | € 30,00 | Gratis |
| Bambini sotto i 6 anni | Gratis | Gratis |

Dal 10 (cena) al 13 (cena) agosto

Per giorni singoli, eventualmente in aggiunta al camposcuola (a partire dal pernottamento tra il 13 e il 14 agosto), considerare i seguenti costi giornalieri: 40 € adulti (sconto soci AC 5 €), 20 € ragazzi (6-18 anni, sconto soci AC 5 €) e 15 € dal 3° figlio della stessa famiglia (soci AC gratis); GRATIS bambini sotto 6 anni.

In alternativa, invece, singolo pasto 15 €, pernottamento e colazione 15 €, sia per adulti sia per ragazzi.

| 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 capofamiglia: | NOME capofamiglia: |
| 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 | SOCIO AC | Cognomi e Nomi | Date e luoghi nascita |
|--|-------------|----------|----------------|-----------------------|
| Adulti | | | | |
| Figli (6-18 anni) | | | | |
| Figli (< 6 anni) | | | | |

ASPETTI SANITARI (crociettare 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

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Per le modalità di trattamento dei dati forniti si rimanda all'informativa dedicata, disponibile su www.acalba.it, presso la sede dell'associazione oppure sulla pubblicazione "Ricerca&Dialogo". Durante il servizio oggetto del presente accordo l'Azione Cattolica Albese potrà acquisire dati sensibili di cui al presente modulo, ai soli fini dell'erogazione del servizio. L'Azione Cattolica s'impegna al trattamento dei dati nel rispetto del Regolamento UE.

RESTO IL CONSENSO SÌ NO

Durante il servizio oggetto del presente accordo l'Azione Cattolica Albese potrà acquisire immagini filmate e fotografiche dei minori per il trattamento finalizzato alla pubblicazione degli stessi su periodici, volantini, mail, social network e sul sito internet dell'AC per scopi meramente promozionali del servizio e/o informativo per i genitori.

RESTO IL CONSENSO SÌ NO

Luogo e data

Firma del capofamiglia

FIRMA del capofamiglia _____



Azione Cattolica Italiana
DIOCESI DI ALBA

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:

I) 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...)

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

Segnala controindicazione in atto alla pratica delle seguenti **ATTIVITÀ FISICHE**:

Il sottoscritto allega CERTIFICATO MEDICO

Luogo e data

Firma del genitore/tutore o del partecipante, se maggiorenne