

Parrocchia "Sacro Cuore di Gesù" Ladispoli - Roma
"Pellegrini di Speranza"
SAMMER CAMP
Per ragazzi e famiglie
"Borgo Fonte Vecchia"
Castellafiume - AQ
dal 5 all'8 settembre 2024

PARTENZA	Giovedì 5 settembre (appuntamento ore 7,30 stazione FS lato campo sportivo) PRANZO AL SACCO
RIENTRO	8 settembre (in serata)
COSTO	€ 110,00 (vitto, alloggio e viaggio in treno)
ACCONTO	€ 50,00 all'iscrizione
SALDO	entro 15 agosto
DOCUMENTI NECESSARI	* scheda partecipante (modulo da riempire) * scheda sanitaria (modulo da riempire) * foglio di consapevolezza dei genitori (modulo da riempire)
NELLO ZAINO METTO	Sacco a pelo o lenzuola, asciugamani, materiale per igiene personale, indumenti e scarpe da ginnastica

Per informazioni puoi contattare : Don Gianni 3771812004
Monica 3396769831
Veronica 3471268065
Daniela 3337227491

PER ISCRIZIONI NEL POMERIGGIO IN SEGRETERIA DALLE ORE 17,00 ALLE ORE 18,30
ESCLUSO IL SABATO E LA DOMENICA

Parrocchia "Sacro Cuore di Gesù" Ladispoli - Roma
"Pellegrini di Speranza"
SAMMER CAMP
Per ragazzi e famiglie
"Borgo Fonte Vecchia"
Castellafiume - AQ
dal 5 all'8 settembre 2024

SCHEDA PARTECIPANTE DA COMPILARE E RESTITUIRE IN PARROCCHIA

NOME.....COGNOME.....

RESIDENTE A.....VIA.....

NATO/A IL.....A.....(.....)

CELL.TEL. CASA.....

CELL. PAPÀ.....CELL. MAMMA.....

E-MAIL.....

CONSAPEVOLEZZA DEI GENITORI

Il/La sottoscritto/a.....genitore di.....

AUTORIZZA

il proprio/a figlio/a a partecipare al campo estivo parrocchiale 2024. Consapevole che saranno prese tutte le precauzioni per la buona riuscita del campo stesso e per l'incolumità dei partecipanti, acconsento che mio/a figlio/a prenda parte a tutte le attività ivi previste. Autorizzo i responsabili ad assumere le decisioni del caso (ricovero ospedaliero ed eventuale intervento chirurgico – sanitario, se ritenuti necessari da personale medico qualificato) per accadimenti improvvisi che dovessero comportare decisioni sollecite.

Firma del Genitore

.....

SCHEDA SANITARIA

NOME.....COGNOME.....

NATO/A IL.....A.....(.....)

GRUPPO SANGUIGNO.....FATTORE RH.....

*ALLERGIE.....

.....

*INTOLLERANZE ALIMENTARI.....

.....

*INTOLLERANZE A MEDICINALI.....

.....

*DISTURBI PARTICOLARI.....

.....

*TERAPIE IN CORSO O DA FARE DURANTE IL SOGGIORNO.....

.....

.....

*ALTRO.....

.....

Ladispoli, li

Firma del Genitore

.....

IL RAGAZZO DOVRA' AVERE CON SE LA TESSERA SANITARIA E DPCUMENTO