SCHEDA DI PARTECIPAZIONE

AL CAMPO DI PASQUA

*Riservata a uno dei genitori, o a chi esercita la potestà genitoriale*

Io sottoscritta/o \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

in qualità di (Madre/Padre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

di (Nome e Cognome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ,

**AUTORIZZO**

mia/o figlia/o a partecipare al **Campo di Pasqua di reparto** che si terrà a **Orino (VA)**, **dal 29 al 31 marzo 2018 compresi**.

La/o autorizzo altresì a prendere parte a tutte le attività che verranno svolte durante il campo, siano esse di reparto o di squadriglia, consapevole che talune attività di squadriglia, come le missioni, possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto.

Autorizzo i Capi Unità a somministrare i medicinali indicati nella scheda medica in loro possesso o altrimenti specificati, da me eventualmente forniti alla partenza, e a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie urgenti (su indicazioni di medici qualificati) nel caso in cui non si riesca a contattare telefonicamente me o l’altro genitore ai seguenti recapiti, ove saremo reperibili nel periodo di svolgimento del campo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_