



COMUNE D I SANT'OMERO

Provincia di Teramo

Via V.Veneto n. 52



SOGGIORNO MONTANO MODULO I S C R I Z I O N E

Il sottoscritto _____

Codice fiscale n° _____

chiede

l'iscrizione di suo/a figlio/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

recapiti telefonici _____

al soggiorno montano a _____) nel periodo dal _____

Alla richiesta si allega:

- Scheda Sanitaria
- Dichiarazione liberatoria in relazione all'utilizzo dell'immagine del minore e al relativo materiale audio, video e fotografico prodotto durante il soggiorno.
- Dichiarazione liberatoria in relazione all'utilizzo dell'immagine di minore e al relativo materiale audio, video e fotografico prodotto durante il soggiorno.
- Regolamento Hotel
- Ricevuta della quota di partecipazione.
- Attestazione ISEE solo per coloro che rientrano nella prima fascia

Data _____

Firma _____

SCHEDA SANITARIA PER MINORI DA COMPILARE DAL MEDICO

Cognome	Nome

Luogo	data di nascita

residenza	indirizzo

Telefono

Medico curante DOTT. _____

Tessera sanitaria nr. _____

M A L A T T I E P R E G R E S S E

Morbillo	si	no	non so	vaccinato	si	no
Parotite	si	no	non so	vaccinato	si	no
Pertosse	si	no	non so	vaccinato	si	no
Rosolia	si	no	non so	vaccinato	si	no
Varicella	si	no	non so	vaccinato	si	no

A L L E R G I E

	specificare
Farmaci	
Pollini	
Polveri	
Muffe	
Punture di insetti	

Altro

Documentazione allegata inerente patologie e terapie in atto:

Intolleranze alimentari:

Per la/il minore (barrare l'opzione esatta):

- ° non sono stati richiesti negli ultimi 5 giorni interventi medici
- ° è stato richiesto intervento medico - si allega certificazione medica attestante

l'assenza di malattie infettive trasmissibili tali da controindicare l'ammissione in collettività.

Non presenta sintomi di malattie trasmissibili, ed è di sana e robusta costituzione, nonchè idonea/o a svolgere attività sportive non agonistiche. Non richiede un regime

dietetico specifico o altro che risulti incompatibile al luogo di soggiorno, alla vita all'aria aperta, alla vita di comunità ed ai programmi previsti dalla Vacanza.

data _____

firma e timbro del Medico curante
