



COMUNE DI LUINO
Provincia di Varese
SERVIZI CULTURALI

SCHEMA D'ISCRIZIONE
Soggiorno a Purkersdorf (AT)

DATE: dal 02 al 09 AGOSTO 2025

LUOGO: PURKERSDORF - AUSTRIA

Cognome del/la partecipante:

Nome:

Indirizzo:

.....

Codice Postale: Città:

Data e luogo di nascita: Sesso: ☐ M ☐ F

Se il/la partecipante possiede un cellulare: +39

Responsabile legale: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutore

Cognome del padre:

Nome:

Cognome della madre:

Nome:

Cognome del tutore:

Nome:

Indirizzo del responsabile del/la partecipante

.....

Codice Postale: Città: Professione:

Numeri di telefono:

Domicilio: Cellulare:

Indirizzo email:

.....@..... (scrivere in maiuscolo)

FOTO
OBBLIGATORIA

SCHEMA SANITARIA

Questo modulo permette di raccogliere informazioni utili durante la permanenza del/la giovane: questo evita di dover consegnare la tessera sanitaria.

VACCINAZIONI (fare riferimento al fascicolo sanitario o ai certificati di vaccinazione)

Vaccini obbligatori	SI	NO	Date richiami	Vaccini raccomandati	Date
Difterite				Epatite B	
Tetano				Rosolia Parotite Morbillo	
Poliomielite				Pertosse	
Difterite				Altre (specificare)	
Tettravalente					
Tubercolosi					

Se il/la partecipante non ha le vaccinazioni obbligatorie in regola, allegare un certificato medico di controindicazione

Attenzione: Il vaccino antitetanico non presenta alcuna controindicazione

INFORMAZIONI MEDICHE RELATIVE AL/LA PARTECIPANTE

Il/la partecipante è sottoposto/a a cure mediche? ☐ SI ☐ NO

Se sì, allegare una ricetta medica recente e i medicinali corrispondenti

(Scatole di medicinali nella confezione originale contrassegnate con il nome del/la partecipante e con foglietto illustrativo)

Nessun medicinale sarà somministrato senza prescrizione medica

IL/LA PARTECIPANTE HA MAI AVUTO LE SEGUENTI MALATTIE?

ROSOLIA ☐ SI ☐ NO	VARICELLA ☐ SI ☐ NO	TONSILLITE ☐ SI ☐ NO	REUMATISMI ☐ SI ☐ NO	SCARLATTINA ☐ SI ☐ NO
PERTOSSE ☐ SI ☐ NO	OTITE ☐ SI ☐ NO	MORBILLO ☐ SI ☐ NO	ORECCHIONI ☐ SI ☐ NO	

ALLERGIE:	☐ SI ☐ NO	A medicinali*:	☐ SI ☐ NO
Alimentari *:	☐ SI ☐ NO	Altre:	☐ SI ☐ NO

* Specificare la causa dell'allergia e l'azione da intraprendere (incluso se è prevista l'automedicazione):

.....

.....

INDICARE DI SEGUITO:

Problemi di salute (malattia, incidente, convulsioni, ricovero, operazione, riabilitazione) specificando le date e le precauzioni prendere

.....
.....

CONSIGLI UTILI PER GLI ACCOMPAGNATORI

Se il/la partecipante indossa lenti a contatto, occhiali, apparecchi acustici, protesi dentarie, ecc., Specificare:.....

.....
.....

INFORMAZIONI COMPLEMENTARI

N° di tessera sanitaria:

Eventuali estremi della copertura assicurativa complementare dei genitori :

Compagnia :.....n. identificativo assicurato :.....

Assicurazione di responsabilità civile (di questo si occupa il comune)

Nome e indirizzo dell'agenzia (di questo si occupa il comune)

N° di polizza (di questo si occupa il comune)

Persona da avvisare in caso di emergenza:

Cognome e nome:

Numeri di telefono:

Fisso:

Cellulare:

Lavoro:

Vostro/a figlio/a partecipa per la prima volta al gemellaggio?

☐ SI ☐ NO

**Osservazioni ed eventuali informazioni da rendere note agli organizzatori:
(dieta speciale / senza carne di maiale / vegetariana o altro...)**

.....
.....
.....
.....
.....
.....

AUTORIZZAZIONE GENITORIALE

Da compilare obbligatoriamente

Il/La sottoscritto/a.....

☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutore

Responsabile del/la partecipante: Cognome: Nome:

- Autorizza il responsabile del soggiorno ad adottare, se necessario, tutte le misure (cure mediche, ricoveri, interventi chirurgici) rese necessarie dalle condizioni del/la partecipante.
- Permette al/la figlio/a di partecipare a tutte le attività programmate nell'ambito del soggiorno, tra cui una prima immersione e un'escursione subacquea.
- Si impegna a pagare la parte delle spese di soggiorno rimanenti a mio carico, eventuali spese mediche, di ricovero e chirurgiche.
- In caso di rientro anticipato per inidoneità, si impegna a coprire i supplementi dovuti al rientro individuale, nonché le spese di accompagnamento di un facilitatore.
- Autorizza il team di gestione a scattare foto del/la partecipante.
- Autorizza l'organizzatore del presente soggiorno ad utilizzare le foto per tutte le pubblicazioni nazionali e regionali senza limiti di tempo.

☐ SI ☐ NO

Luogo: Il:

Firma del responsabile legale
(Preceduto dalla nota manoscritta "Letto e approvato")

CERTIFICATO MEDICO

Io sottoscritto/a

.....

Certifico di avere visitato in data odierna il/la partecipante

..... nato (a) il

Dichiaro di averlo/a ritenuto/a idoneo/a alla:

- Pratica di attività fisiche e sportive inerenti al soggiorno
- Pratica di attività acquatiche,
- Vita in comunità

Informazioni importanti relative alla salute del/la partecipante:

.....

.....

.....

Data:

Firma:

Timbro del Medico