



BOOGAN ONLUS - SOGGIORNI ESTIVI 2008



SCHEDA DI ISCRIZIONE

FOTOGRAFIA

Consegnare la presente scheda a: Boogan "Estate Ragazzi"
Via Selinunte 1, 00174 ROMA
Oppure inviare al fax 06.97253136 (E-mail estateragazzi@email.it)

COGNOME _____

NOME _____

NATO IL ___/___/___ A _____

SESSO M F CITTADINANZA _____

RESIDENTE A _____ PROVINCIA _____

IN _____ NUMERO _____

CAP _____ C.F. _____

LINGUE PARLATE ITA ENG SPA POR _____

TUTORE/I DEL MINORE GENITORE/I _____

NOME/I DEL/I TUTORE/I _____

ASSISTITO DAI SERVIZI SOCIALI?: SI NO

Se si specificare Comune, Ufficio e Assistente Sociale: _____

RECAPITI (e-mail _____)

Tel. _____ Chi _____ Quando _____

Tel. _____ Chi _____ Quando _____

Tel. _____ Chi _____ Quando _____

Tel. _____ Chi _____ Quando _____

DESIDERO ISCRIVERMI AL SOGGIORNO

ITALIA (SPECIFICARE _____)

ESTERO (SPECIFICARE _____)

DAL ___/___/___ AL ___/___/___ (_____ GIORNI)

RICHIEDO

TRASPORTO A/R (CITTA' DI PARTENZA _____)

STORNO QUOTA TRASPORTO A/R (solo soggiorni all'estero)

RIDUZIONE DELLA QUOTA PER:

Fratello/sorella di partecipante

Amico (già partecipato ai soggiorni estivi Boogan)

Convenzione (specificare) _____

Gruppo (almeno 8 partecipanti)

CORSO INTEGRATIVO (specificare) _____

PAGAMENTO

ORDINARIO (acconto: Italia €50,00 – estero €150,00; saldo: Italia entro 15 gg. dalla partenza – estero entro 30 giorni dalla partenza)

SALDO RATEIZZATO (2 3 4 5 rate mensili)

MODALITA' PRESCELTA: Assegno Contanti Bonifico RID

SCHEDA SANITARIA DI

Indicare le malattie già contratte o per le quali si è assunto il vaccino

- Morbillo Varicella Rosolia Scarlattina Pertosse Parotite

E' in regola con tutte le vaccinazioni previste dalla legge? Si No

Soffre di:

- Cardiopatie Diabete Epilessia Reumatismi Asma Epistassi
- Mal d'auto Altro _____

Terapie (specificare nome del farmaco e posologia) _____

Allergie e intolleranze:

Farmaci: _____

Alimenti: _____

Altro: _____

E' soggetto/a a:

- Problemi gastrici/intestinali Insonnia Sonnambulismo Enuresi

Altro _____

Come intervenite? _____

E' portatore di:

- Appar. ortodontico Appar. acustico Scarpe ortopediche Occhiali
- Lenti a contatto Altro _____

E' riconosciuto **diversamente abile**: Si No

Se si indicare la diagnosi _____

Necessita di **assistenza individuale**? Si No

Se si specificare le motivazioni: _____

Per ottenere l'assistenza qualificata è necessario allegare idonea certificazione della ASL riportante chiaramente la richiesta di un numero adeguato di assistenti (dovrà essere esplicitato il rapporto numerico, es. 1:1, 1:2, ecc.)

Aiutaci a ad offrire il massimo dell'attenzione ad ogni partecipante

Carattere e attitudini _____

Alimentazione _____

Ama _____

Non ama _____

Altro _____

Luogo Data Nome Cognome

Il/La sottoscritto/a, in qualità di geitore/tutore del minore, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, dichiara di:

1. Prestare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati nella suddetta informativa;
2. Prestare il proprio consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati nell'informativa;
3. Prestare il proprio consenso per il trattamento dei dati sensibili necessari per lo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Firma leggibile