

A.G.E.S.C.I.

ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUT CATTOLICI ITALIANI
GRUPPO SCOUT MILANO IV "LUMEN"
VIALE LUCANIA 18, MILANO

DOMANDA DI ISCRIZIONE 2015/2016

I sottoscritti _____
in qualità di _____ del ragazzo/a _____

CHIEDONO

Alla Comunità Capi del MI IV -AGESCI l'iscrizione alle attività del gruppo nella branca _____

DICHIARANO

- 1- di sottoscrivere sotto la propria responsabilità i dati individuali e la scheda sanitaria allegati;
- 2- di far partecipare il ragazzo/a con costanza e continuità a tutte le attività scout proposte, evitando in modo categorico assenze ingiustificate.

VERSANO

una quota associativa di iscrizione annuale determinata in € _____ comprensiva di censimento all'AGESCI, stampa associativa, assicurazione infortunistica, spese generali del gruppo e delle Branche.

Milano li _____

FIRMA

Le Co.Ca desidera informare le famiglie che i dati personali che vengono richiesti saranno considerati del tutto riservati e tutelati ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni. Il loro utilizzo avverrà solo per finalità a carattere educativo, per meglio inquadrare i vari aspetti della personalità e le relative problematiche tipiche della crescita di ogni ragazzo/a.

DATI NUCLEO FAMILIARE

Ragazzo/a

Nome e cognome _____

nato il _____ a _____ prov _____

nazionalità _____ residente a _____

in via _____ n° _____ CAP _____

presso _____

Numero telefonico fisso _____ mobile _____

Posta elettronica _____ @ _____

Padre

Nome e cognome _____

nato il _____ a _____ prov. _____

nazionalità _____ residente a _____

in via _____ n° _____ CAP _____

presso _____

numero telefonico fisso _____ mobile _____

posta elettronica _____ @ _____

stato civile _____ titolo di studio* _____

professione* _____ religione* _____

Madre

Nome e cognome _____

nata il _____ a _____ prov. _____

nazionalità _____ residente a _____

in via _____ n° _____ CAP _____

presso _____

Numero telefonico fisso _____ mobile _____

Posta elettronica _____ @ _____

stato civile _____ titolo di studio* _____

professione* _____ religione* _____

Altri componenti

Nome e cognome	Grado di parentela	Scout si/no

* informazioni facoltative

SPORT

Sport praticato e società sportive frequentate	Tempo dedicato

ALTRO (specificare associazione e tempo occupato):

FORMAZIONE RELIGIOSA

	si/no	in preparazione	in che parrocchia e quando
battesimo			
comunione			
cresima			
profes. di fede			

Frequenta l'oratorio ? Quale ? Per quali attività ?

AGGIUNGERE IN QUESTO SPAZIO INFORMAZIONI CHE SI RITIENE POSSANO ESSERE UTILI

SCHEMA MEDICA

Oltre ad una attenta compilazione della presente si richiede di allegare la fotocopia della tessera sanitaria e del certificato di vaccinazione

N.B.:

1-La famiglia si impegna ad avvertire i Responsabili della Branca dove il figlio svolge la propria attività, allorquando avvenissero fatti che modificano parzialmente o totalmente la presente scheda sanitaria. Il gruppo scout non può considerarsi responsabile di fatti e/o patologie non comunicate formalmente dalla famiglia o da chi ne fa le veci.

2-La presente scheda è ritenuta valida dal momento dell'iscrizione fino alla conclusione dell'anno scout, fatto salvo modifiche apportate come da punto 1.

3-In caso di emergenza durante le attività scout dell'anno (riunioni, uscite, campi e routes), nonostante ogni tentativo di mettersi in contatto con i genitori, data l'urgenza delle decisioni da prendere, la firma sottostante autorizza i Capi Unità ad adottare quei provvedimenti necessari al benessere del ragazzo/a, seguendo le istruzioni di un medico.

Firma dei genitori

ULTERIORE RECAPITO DEI GENITORI O DI UN FAMILIARE PER COMUNICAZIONI URGENTI: _____

NOMINATIVO E RECAPITO TELEFONICO DEL MEDICO CURANTE: _____

	Quali	Correzioni
Difetti al sistema scheletrico e/o muscolare		
Difetti visivi		
Difetti di linguaggio		
Difetti di udito		

Altro...

ALTRE PATOLOGIE CONCLAMATE (anche occasionali):

Cardiopatie Quale?: _____

Diabete Quale? : _____

Patologie Croniche Quali? : _____

Asma Cause?: _____

Epilessia/Convulsioni Quando?: _____

MALATTIE INFETTIVE:

	si/no	quando
Morbillo		
Varicella		
Pertosse		
Rosolia		
Parotite		
Scarlattina		
Epatite		
Meningite		

FRATTURE	quando

INTERVENTI CHIRURGICI	quando

ALLERGIE e/o INTOLLERANZE	quali	manifestazioni
a farmaci		
ad alimenti		
ad altro		

TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO (INDICARNE I DOSAGGI)

OCCASIONALMENTE CHE FARMACI USA?

ALTRE INFORMAZIONI MEDICHE UTILI:

**ASSOCIAZIONE GUIDE E SCOUT
CATTOLICI ITALIANI**



GRUPPO SCOUT

MILANO IV

SCHEDA PERSONALE DI:

.....