

ALLEGATO1 – MODULO DI ISCRIZIONE

Campo Estivo Mazarol 2024 a MALGA PIANEZZE VALMOREL (Limana - BL)

CAMPO ESTIVO MAZAROL DA DOMENICA 23 A SABATO 29 GIUGNO 2024

(Ragazzo/a partecipante) Cognome e Nome.....

Luogo e data di nascita..... Età.....

Indirizzo: via..... n°..... CAP.....

Città..... Prov.....

Tel/Cell Genitore/Tutore.....

Eventuale altro Cell.....

e-mail.....

Data.....

Firma del Genitore o Tutore

.....

- I presenti dati saranno utilizzati unicamente per il Campo Estivo Mazarol in oggetto, se si desidera essere inseriti nel database della Mazarol Società Cooperativa per ricevere periodicamente informazioni sulle attività future della Cooperativa Mazarol, barrare la seguente casella:

.....autorizzonon autorizzo

- Autorizzo che mio figlio/a venga fotografato (in gruppo e MAI direttamente riconoscibile) durante il Campo Estivo Mazarol e che tali immagini possano eventualmente essere inserite nel sito della Cooperativa Mazarol e nel materiale promozionale futuro:

.....autorizzonon autorizzo



Educatori Ambientali e Guide naturalistico – ambientali regionali – Guide nazionali AIGAE

3290040808 – guide.pndb@gmail.com - www.mazarol.net

ALLEGATO2 - FOGLIO NOTIZIE da compilare e consegnare alle Guide il 1°giorno del Campo Mazarol*(questo modulo Vi sarà restituito l'ultimo giorno di Campo)*

DATI INFORMATIVI GENERICI	
Nome	
Cognome	
Data e luogo di nascita	
Residenza (indirizzo completo)	
NUMERI TELEFONICI (indicare i numeri da contattare scegliendone almeno tre tra quelli sotto elencati)	
Eventuale Telefono di casa	
Telefono lavoro padre / tutore	
Telefono lavoro madre / tutrice	
Cellulare padre / tutore	
Cellulare madre / tutrice	
Altri cellulari ritenuti utili	
Altri telefoni fissi ritenuti utili	
INFORMAZIONI ALIMENTARI	
Allergie	
Intolleranze	
INFORMAZIONI SANITARIE	
Allergie ad acari	
Allergie ad animali	
Allergie a polline, etc.	
Medicinali da prendere durante la settimana di campo estivo	
Possibili problemi sanitari durante la settimana di campo estivo dovuti a "punti deboli (es. asma, otiti, congiuntiviti, etc.)	
Porta gli occhiali? Portare un paio di riserva.	
Nome, cognome e telefono medico curante (dato obbligatorio)	
PARTICOLARI ABITUDINI NOTTURNE	
Lucetta tenue notturna – Cuscini - Orsacchiotti	
Preferenza letto a castello (indicare superiore o inferiore)	
Altre informazioni facoltative	

