



## **SCHEDA di PARTECIPAZIONE**

*(parte riservata ad uno dei genitori, o di chi esercita la potestà genitoriale, da utilizzarsi per i minorenni)*

Io sottoscritto ..... in qualità di .....

di (cognome e nome) ..... nata/o il .....

a .....

indirizzo .....

numero tessera sanitaria ..... Asl di appartenenza .....

nome – indirizzo – telefono del medico curante :

.....

Autorizzo mia/o figlia/o a partecipare all'evento scout : .....

che si terrà a ..... dal ..... al .....

Inoltre (se necessario) allego terapia medica rilasciata in data ....., dal medico curante, completa di: nome/i del/i medicinali, modalità ed orario di somministrazione, posologia.

Autorizzo quindi i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati, da me forniti alla partenza.

Firma (del genitore in caso di minorenni)

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout :

.....

.....