

SINTESI A CURA DELLA ORGANIZZAZIONE CAMPUS			
ETA'	SESSO: M/F		
PROBLEMA PRINCIPALE:			
ALLERGIE	NO	SI	AA - AR
CELIACO	SI	NO	
ACCOMPAGNATORE	SI	NO	
TERAPIA	DA SOMMINISTRARE	AUTOGESTITA	



DOMANDA DI AMMISSIONE AL “ROTARY CAMPUS 2018”

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____ Sesso _____

residente in Via _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telefono _____

Risiede in:

FAMIGLIA, CASA FAMIGLIA, ISTITUTO, altro _____

(da compilare a cura del Rotary Club Sponsor)

ROTARY CLUB PRESENTATORE:

Il Responsabile (titolo rotariano e nome) _____

Data _____

Firma Rotary _____

(in mancanza di firma la domanda non verrà esaminata)

**LIBERATORIA PER LA PARTECIPAZIONE al
ROTARY CAMPUS dal 19 al 26 maggio 2018**

Il sottoscritto _____

in qualità di genitore/tutore/curatore di _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

residente in Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

DICHIARA

1) di autorizzare il/la minore/Sig./ra _____

a partecipare a tutte le attività ludico-motorie che verranno svolte al Rotary Campus organizzato a Noli (SV) dal 19 al 26 maggio 2018 dai Distretti Rotary 2031 e 2032, nonché a soggiornare in detto periodo presso:

l'Hotel Casa al Mare dell'Incoronata - Regione Torbora n. 1 – Noli (SV);

2) che l'ospite: - ha un Amministratore di sostegno (Si/No) _____

se si specificare le generalità _____

- è Inabilitato (Si/No) _____

- è Interdetto (Si/No) _____

3) di autorizzare il/la minore/Sig./ra _____

a partecipare a tutte le escursioni che verranno, di volta in volta, organizzate nell'ambito di detto periodo al di fuori di Noli (SV) da parte dei Distretti Rotary 2031 e 2032.

4) di essere stato informato dai Distretti Rotary 2031 e 2032 che per detto periodo è operativa una polizza assicurativa che copre qualsivoglia accadimento che coinvolgesse l'ospite partecipante al Campus 2018.

Data _____

Firma _____

(allegare copia documento di identità del firmatario)

Durante il soggiorno sarà assicurata la presenza di un medico Rotariano per l'assistenza di prima necessità. Si raccomanda pertanto di valutare attentamente ed obiettivamente le condizioni del partecipante, che dovranno essere tali da non richiedere interventi ripetuti e/o assistenze mediche specialistiche.

SCHEDA MEDICA DI:

(scrivere in stampatello)

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

DIAGNOSI

PATOLOGIA PRINCIPALE: precisa e completa dell'handicap, specificando se esso sia solo motorio, solo psico-intellettivo o entrambi

PATOLOGIE SECONDARIE: cardiologiche, nefrologiche, endocrinologiche, gastrointestinali, ortopediche, ...

Da compilare con la massima cura (rispondere SI o NO):

Cammina da solo? _____

Cammino con aiuto? _____

Si muove su sedia a rotelle? _____

Può fare le scale da solo? _____

Ha il controllo delle mani? _____

Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni? _____

Ha infezioni in atto? _____

Ha problemi di espressione verbale? _____

Ha problemi di vista? _____

Ha problemi di udito? _____

Ha il controllo degli sfinteri (feci)? _____

Presenta enuresi (urine)? _____

Presenta disturbi dell'umore? _____

Momenti di crisi o turbe del comportamento? _____

Abitudini particolari e ripetitive:

Tende a farsi del male da solo? _____

In qualche circostanza può essere aggressivo nei confronti degli altri? _____

Turbe del ritmo sonno veglia? _____

E' in grado di mangiare da solo? _____

E' in grado di vestirsi da solo? _____

E' indipendente nell'igiene personale? _____

Rifiuto di particolari alimenti? _____

In caso di risposta affermativa, specificare quali:

Allergie ad alimenti? _____

In caso di risposta affermativa, specificare quali:

Allergie a farmaci? _____

In caso di risposta affermativa, specificare quali:

Altro da segnalare:

TERAPIA IN CORSO:

Indicare con precisione la terapia in atto e se questa deve essere continuativa

(si chiede cortesemente di scrivere in stampatello)

FARMACO: _____

Q.tà: _____

MATTINO: _____

POMERIGGIO: _____

SERA/NOTTE: _____

FARMACO: _____

Q.tà: _____

MATTINO: _____

POMERIGGIO: _____

SERA/NOTTE: _____

FARMACO: _____

Q.tà: _____

MATTINO: _____

POMERIGGIO: _____

SERA/NOTTE: _____

FARMACO: _____

Q.tà: _____

MATTINO: _____

POMERIGGIO: _____

SERA/NOTTE: _____

FARMACO: _____

Q.tà: _____

MATTINO: _____

POMERIGGIO: _____

SERA/NOTTE: _____

(in caso di necessità aggiungere un secondo foglio per i medicinali)

AVVISO IMPORTANTE:

E' necessario che il partecipante porti con sé tutti i medicinali a lui indispensabili per l'intero periodo di permanenza.

Altre informazioni:

Indirizzo mail del Medico curante: _____

Telefono medico curante: _____

Data _____

Firma _____
(timbro e firma del Medico curante)

LIBERATORIA PER I DIRITTI DI IMMAGINE, FOTO e VIDEO al ROTARY CAMPUS dal 19 al 26 maggio 2018

Il sottoscritto _____

in qualità di genitore/tutore/curatore di _____

nato a _____ (Prov. _____) il _____

residente in Via _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

DICHIARA

1. di acconsentire alla ripresa in foto e video del proprio figlio/a-assistito/a da parte del “Rotary International” al Rotary Campus nel maggio 2018;
2. di essere stato informato che le suddette riprese potranno essere utilizzate per iniziative inerenti alle attività del “Rotary International”;
3. di autorizzare il “Rotary International” e i suoi aventi causa ad utilizzare, montare, sottolineare, tradurre in altre lingue e diffondere senza riserve le riprese, senza porre alcuna limitazione alla circolazione delle stesse ed a trasmetterle in qualunque forma e modo e senza limitazione territoriale e temporale, nel rispetto della dignità e identità dell’individuo;
4. di autorizzare, ai sensi D.lg. 196/03 e s.m.i., il “Rotary International” al trattamento dati personali e sensibili acquisiti (*vi segnaliamo che in ogni momento, in relazione al trattamento dei dati, potrete esercitare i diritti dell’Art. 7 del succitato Decreto Legislativo ed in particolare chiedere la modifica e/o la cancellazione dei Vostri dati all’indirizzo e-mail campus@rotary2031.org*);
5. che le autorizzazioni di cui ai precedenti punti 1), 2) e 3) vengono conferite al “Rotary International” a titolo gratuito e quindi senza avere nulla a pretendere.

Data _____

Firma _____