

**MODULO DI ISCRIZIONE**  
Sezione 1

Importante: affinché la domanda di iscrizione possa essere presa in considerazione è necessario il consenso esplicito di entrambi i genitori o degli aventi potestà.

Cognome					
Nome					
Nato/a il					
A					
Nazionalità					
Lingua madre					
Residente a					
Provincia di					
Cap					
Via					
Gruppo sanguigno					
Società sportiva di appartenenza					
Da quanti anni il/la bambino/ fa nuoto ?					
Disabilità					
Taglia abbigliamento	S	M	L	XL	XXL
	Altezza:			Peso:	



DATI E CONTATTI DEI GENITORI (O DEI TUTORI LEGALI)		
MADRE		
Nome e cognome		
Recapiti telefonici	Cellulare:	
	Casa:	
	Lavoro:	
E-mail		
PADRE		
Nome e cognome		
Recapiti telefonici	Cellulare:	
	Casa:	
	Lavoro:	
E-mail		
TUTORE LEGALE		
Nome e cognome		
Recapiti telefonici	Cellulare:	
	Casa:	
	Lavoro:	
E-mail		
CONTATTI IN CASO DI EMERGENZA (SE I GENITORI NON SONO RINTRACCIABILI)		
Nome e cognome	Relazione con il/la bambino/a	Numero telefonico

## Sezione 2

Allergie a farmaci (o farmaci che NON si devono somministrare per specifiche esigenze):	
Allergie e/o intolleranze (indicare se il bambino è allergico/intollerante a cibi e/o materiali, se è celiaco, diabetico o altro):	
Indicare altre eventuali problematiche (es: reazioni a punture d'insetto, asma, crisi epilettiche o altro):	
Il/la bambino/a necessita particolare assistenza?	
1. Aiuto per mangiare	a) Aiuto per vestirsi
a) Aiuto per doccia/igiene personale	- Aiuto per l'utilizzo del bagno
a) Cateterismo vescicale:	
a. in autonomia <input type="checkbox"/> con assistenza <input type="checkbox"/> deve essere ricordato	
Frequenza e orario: _____	
Note:	

• **Controllo intestinale:**

- incontinenza fecale       costipazione

Il/la bambino/a utilizza:

- clisteri       supposte       altro:

Frequenza e orario: \_\_\_\_\_

Assistenza:       completa       minima

Note:

• **Utilizzo del pannolino:**

- diurno       notturno

Note:

Integrità della pelle: il/la bambino/a ha lesioni da decubito?       si       no

Note:

Se una bambina, ha già il ciclo mestruale?       si       no

Altro:

Mobilità fisica:		
Movimento degli arti superiori	- totale	• parziale
Il/la bambino/a:		
• Cammina da solo/a	• Se aiutato/a può camminare	
• Utilizza stampelle	• Utilizza tutori	
• Protesi:		
Note:		
MEDICINALI		
MEDICINALE	POSOLOGIA quantità – frequenza - orario	SOMMINISTRAZIONE (orale, sottocutanea o altro)
<p><b>IMPORTANTE:</b> Il/la bambino/a dovrà portare al Camp il materiale necessario per tutto il periodo di soggiorno (farmaci nelle confezioni originali, cateteri, traversine, pannolini e quanto abitualmente utilizzato). Ogni variazione nelle terapie dovrà essere indicata agli organizzatori.</p> <p>Se ritenuto necessario, è possibile allegare una relazione clinica dettagliata (scritta a pc o in stampatello).</p>		

### Sezione 3

CONOSCIAMOCI MEGLIO
Il/la bambino/a è mai stato in vacanza senza la famiglia?
Ha fatto domanda di partecipazione, ha partecipato o parteciperà ad altri camp ludico-sportivi per l'estate 2021?
Il/la bambino/a pratica o ha praticato altri sport oltre il nuoto?
Il/la bambino/a sa nuotare?

Al modulo di iscrizione si allegano i seguenti documenti:

- § fotocopia carta d'identità;
- § fotocopia tessera sanitaria;
- § fotocopia certificato medico idoneità sportiva;
- § fotocopia certificato di disabilità;
- § fotocopia libretto delle vaccinazioni
  
- § Allegato 1 firmato - **Regolamento Camp**
- § Allegato 2 firmato - **Autorizzazione e Consenso**

Data \_\_\_\_\_

Firma Madre/Tutore Legale \_\_\_\_\_

Firma Padre/Tutore Legale \_\_\_\_\_

