



__L__ SOTTOSCRITT__ (nome e cognome in stampatello)

_____,
NATO A _____ IL __/__/__, CF _____, RESIDENTE IN:

(via, numero civico, cap e Comune)

NELLA PROPRIA QUALITA' DI _____ (indicare se padre-madre-genitore-tutore....)

TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI
NECESSITA' _____

MAIL _____

E

__L__ SOTTOSCRITT__ (nome e cognome in stampatello)

_____,
NATO A _____ IL __/__/__, CF _____, RESIDENTE IN:

(via, numero civico, cap e Comune)

NELLA PROPRIA QUALITA' DI _____ (indicare se padre-madre-genitore-tutore....)

TELEFONO DA CONTATTARE IN CASO DI
NECESSITA' _____

MAIL _____

AUTORIZZANO

NOME E COGNOME DEL MINORE (in stampatello) _____,

NATO/A A _____ IL __/__/__, CF _____,

RESIDENTE IN (via, numero civico, cap e Comune):

A PARTECIPARE ALLE VACANZE DI BRANCO CHE SI TERRANNO IN SAN CASSIANO DAL 01/08/2026 AL 08/09/2026 DEL GRUPPO SCOUT AGESCI VERONA 4.

AUTORIZZANO

I CAPI CENSITI NEL GRUPPO SCOUT AGESCI, I QUALI SARANNO PRESENTI AL CAMPO, A PRENDERE EVENTUALI DECISIONI IN CASO DI CURE SANITARIE URGENTI (SU INDICAZIONI DI MEDICI QUALIFICATI), NEL CASO IN CUI NON SI RIESCA A CONTATTARE GLI ESERCENTI LA POTESTA' SUL MINORE AI RECAPITI

TELEFONICI SOPRA INDICATI, OVE IN OGNI CASO I SOTTOSCRIVENTI SI IMPEGNANO A RIMANERE REPERIBILI NEL PERIODO DI SVOLGIMENTO DEL CAMPO.

DICHIARANO CHE IL/LA MINORE HA LE SEGUENTI:

INTOLLERANZE ALIMENTARI E ALLERGIE (specificare nel dettaglio)

ALIMENTAZIONE SPECIFICA SEGUITA (specificare nel dettaglio)

ALLERGIE A POLLINI, INSETTI E/O ALTRO DIVERSO DAGLI ALIMENTI (specificare nel dettaglio)

ALLERGIE A FARMACI E/O PRODOTTI CHIMICI (specificare nel dettaglio)

FARMACI ASSUNTI REGOLARMENTE (allegare alla presente certificato e/o autodichiarazione con indicati orari

– tempi – modi di somministrazione del farmaco)

ULTERIORI PATOLOGIE, MALATTIE, DISABILITA' E/O ALTRO IN AMBITO PSICOFISICO (specificare nel dettaglio)

ALTRE INDICAZIONI UTILI PER LA CURA DEL MINORE (specificare nel dettaglio)

DICHIARANO ALTRESI'

- DI ESSERE DISPOSTI A CONDIVIDERE LA RESPONSABILITA' CIVILE E PENALE DEL MINORE CON I CAPI MAGGIORENNI PRESENTI ALLE VACANZE DI BRANCO CHE LO ACCOMPAGNERANNO E SORVEGLIERANNO DURANTE I MOMENTI DELL'ESPERIENZA, E DI ESSERE DISPOSTI A FARSI CARICO

DI EVENTUALI DANNI O INFORTUNI OVE NON COPERTI DIRETTAMENTE DALL'ASSICURAZIONE DELL'ASSOCIAZIONE.

- CHE TUTTE LE INFORMAZIONI FORNITE NEL PRESENTE MODULO SONO CORRETTE E COMPLETE E DI NON AVER OMESSO ALCUNA INDICAZIONE UTILE PER LA CURA E LA CRESCITA PSICOFISICA DEL MINORE.
- DI CONDIVIDERE LA PROPOSTA EDUCATIVA PRESENTATA DAI CAPI SCOUT E DALL'AGESCI IN GENERALE.
- DI VERSARE, ENTRO IL 15 LUGLIO 2026 LA QUOTA DI PARTECIPAZIONE, PARI AD EURO 200,00 SUL CONTO CORRENTE DEL GRUPPO AGESCI VR 4, IBAN IT37 M030 6918 4671 0000 0004 368 - INDICANDO QUALE CAUSALE "NOME E IL COGNOME DEL MINORE - VDB2026"
- DI RILASCIARE COPIA DIGITALE E CARTACEA DEI SEGUENTI DOCUMENTI DEL MINORE: FOTOCOPIA CARTA IDENTITA' E CODICE FISCALE, CERTIFICATO VACCINALE AGGIORNATO.

DATA_____

FIRMA _____

(firme leggibili)

FIRMA _____

NEL CASO FIRMASSE UNO SOLO DEI GENITORI/TUTORI:

LA/IL SOTTOSCRITTO/A_____NELLA SUA QUALITA' DI _____ DEL MINORE SOPRA INDICATO, CONSAPEVOLE DELLE CONSEGUENZE AMMINISTRATIVE E PENALI PER CHI RILASCI DICHIARAZIONI NON CORRISPONDENTI A VERITÀ, AI SENSI DEL DPR 445/2000, DICHIARA DI AVER EFFETTUATO LA SCELTA/RICHIESTA IN QUANTO UNICO ESERCENTE IL DIRITTO OVVERO PREVIA INTESA CON L'ALTRO GENITORE E COMUNQUE IN OSSERVANZA DELLE DISPOSIZIONI SULLA RESPONSABILITÀ GENITORIALE DI CUI AGLI ARTT. 316, 337 TER E 337 QUATER DEL CODICE CIVILE, CHE RICHIEDONO IL CONSENSO DI ENTRAMBI I GENITORI, OVE PRESENTI.

DATA_____

FIRMA (firma leggibile) _____

IMPORTANTE:

Allergie e intolleranze: È indispensabile scrivere sul modulo individuale le allergie e le intolleranze del partecipante. In caso di ragazzi minorenni è necessario che l'allergia o l'intolleranza venga certificata sul modulo individuale con autocertificazione firmata da In caso di allergie o intolleranze alimentari che obbligano a cibi esclusivi, il ragazzo è tenuto a portarli da casa specificandolo ai responsabili (es. alimenti per celiaci, alimenti senza uova, ecc).

Malattie: È bene specificare malattie pregresse o in atto che possano essere motivo di attenzioni particolari per il gruppo.

NOTE IMPORTANTI PER LA GESTIONE DEI FARMACI: È fatto divieto ai minori di assumere farmaci senza autorizzazione specifica scritta dei genitori, la quale deve essere consegnata ai responsabili prima delle vacanze di braco.

- TUTTI I FARMACI che i minori portano alle vacanze di branco DEVONO ESSERE NOTI E AUTORIZZATI dai genitori/tutori (ecco perché risulta necessaria la descrizione del farmaco e la firma di entrambi i genitori sul modulo di iscrizione).
- NESSUN FARMACO NON AUTORIZZATO DEVE ESSERE PORTATO ALL'ATTIVITÀ.
- Il genitore/tutore del minore si impegna a consegnare i farmaci al responsabile del campo o ad un capo maggiorenne.
- In caso di terapia continuativa e/o cronica, il responsabile del minore si impegna a consegnare i farmaci specificando il dosaggio e l'orario di somministrazione ai responsabili.
- Ai partecipanti non sarà somministrato alcun farmaco da parte dei responsabili se non con autorizzazione medica. In ogni caso l'assunzione di farmaci deve avvenire sotto il controllo dei responsabili, per evitarne un uso improprio o abuso.

MATERIALE FOTOGRAFICO E VIDEO: Ove vengano condivise sulle chat social riprese fotografiche e video è fatto divieto ai genitori di condividere tali fotografie con terzi non appartenenti al gruppo senza il previo consenso degli altri genitori/tutori dei minori eventualmente presenti nell'immagine.

Firma per presa visione di quanto sopra
