

SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA
(scadenza 03 giugno 2011)

Codice Lavoratore

Spett. Cassa Edile della Provincia di Napoli – Sede

Domanda per partecipazione a soggiorno in Centri sportivi, a scelta tra la Montagna ed il Mare.
Esclusivamente per MINORI DI ETA' DA 7 A 16 ANNI

IN MONTAGNA

- C/O CENTRO FEDERALE TENNIS DI CASTEL DI SANGRO:
- TURNO UNICO DAL 10-07-2011 AL 23-07-2011

Il sottoscritto _____ nato a _____
Il _____ residente in _____ prov _____
Via/piazza _____ Tel. Casa _____
Tel. Cell. _____ Iscritto a questa cassa Edile come dipendente
dell'Impresa _____

CHIEDE

Per il figlio _____ nato a _____ il _____
A suo carico di famiglia, di essere inserito nella graduatoria per l'ammissione al soggiorno e per il periodo
su indicato, 'barrato con X'. La taglia indumenti (M L XL XXL) _____

DICHIARA

Di essere consapevole di tutte le condizioni necessarie e da rispettare per partecipare al soggiorno e di
essere responsabile del comportamento del suddetto minore durante il viaggio di andata e ritorno ed il
soggiorno stesso e di accettarle senza riserve, tenendo codesta Cassa Edile ed il Centro ospitante
esente da qualsiasi responsabilità;
di essere altresì a conoscenza che la Cassa accoglierà le domande nel limite dei posti disponibili,
tenendo conto dell'ordine di presentazione.

ALLEGA

La seguente documentazione necessaria all'atto della presentazione domanda:
**Stato di famiglia, Codice fiscale del minore e del lavoratore, Scheda sanitaria allegata, compilata
in tutte le sue parti con i documenti richiesti nella stessa. All'atto della partenza il minore dovrà
essere in possesso di certificato del medico di famiglia che attesta l'inesistenza di malattie
infettive in atto e di pediculosi; inoltre dovrà essere accompagnato e rilevato al ritorno nel luogo
e negli orari che la Cassa comunicherà agli interessati.**

*Ai sensi del D.L.vo 196/2003 e succ. mod. ed int. autorizza il Vs. Ente ed i Centri di soggiorno a
trattare ed utilizzare, per tutte le finalità connesse alla detta assistenza i dati forniti con la presente
e quelli di cui alla documentazione, anche sanitaria, fornita ed a fornirsi per il minore citato.*

In fede

N.B. - le attività aggiuntive (escursioni, etc.), se richieste, saranno pagate a carico del sottoscritto;

- Eventuali assistenze sanitarie sono a carico del sottoscritto;
- La Cassa si riserva il diritto di annullare il soggiorno nel caso in cui la richiesta di
partecipazione dei ragazzi sia inferiore al numero di 15 (quindici) unità.

Data _____

FIRMA

Ha diritto

SI

NO

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA

SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA (scadenza 03 giugno 2011)

ULTERIORE DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA (Da richiedere agli sportelli della Cassa Edile)

1. SCHEDA SANITARIA TIMBRATA E FIRMATA DAL MEDICO CURANTE
2. RECAPITO DEI GENITORI
3. DICHIARAZIONE LIBERATORIA
4. STATO DI FAMIGLIA
5. FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL LAVORATORE

Corredo consigliato

Magliette cotone mezze maniche possibilmente bianche, calzoncini o gonnellini possibilmente bianchi, 2 paia di scarpe da tennis, 1 maglione di lana, 2 tute da ginnastica, racchetta da tennis, sacca porta indumenti sportivi, costume e cuffia da piscina, sandali gomma per doccia, crema solare, giacca a vento o K-way, gonne o pantaloni, scarpe cuoio e pantofole, 2 pigiami, asciugami e accappatoio, biancheria intima, occorrente per la pulizia personale.

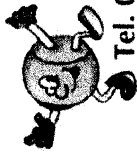
N.B. La mancata presentazione della documentazione, da compilare in ogni sua parte, renderà nulla la domanda stessa

Gli orari di apertura sportello al pubblico sono:

lunedì - giovedì ore 15.45 – 18.00

martedì, mercoledì e venerdì ore 8.45 - 12.00

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi, durante l'orario d'ufficio, al Funzionario di Area rag. Enzo Buonomo



A.S. LUIGI ORSINI

www.centrifederalitennis.it

Tel. 06.32.33.647/9 - Fax 06.32.02.963

SCHEDA SANITARIA

(da consegnare al Centro Federale già compilata e visionata dal medico curante)

ALLIEVO/A _____ NATO A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N. _____ PROV. (_____)

PREF. E N. TEL. _____ / _____ CELLULARE _____ / _____

PRESENTA LE SEGUENTI ALLERGIE: _____

LIBRETTO SANITARIO N° _____ N° ASL DI APPARTENENZA _____

EVENTUALI TERAPIE IN ATTO _____

MALATTIE PREGRESSE _____

È STATO RICOVERATO IN OSPEDALE NEGLI ULTIMI 6 MESI PER _____

SOFFRE DI ENURESI NOTTURNA SI NO (In caso affermativo, dotare l'allievo di traversina incerata)

segue

Certificati obbligatori per i convittori, da presentare il giorno di arrivo al Centro Federale

- 1) Carta Sanitaria con codice regionale e numero della ASL di appartenenza (fotocopia).
- 2) Vaccinazione bivalente e richiami (fotocopia).
- 3) Dichiarazione medica attestante:
 - Assenza di malattie infettive, contagiose e pediculosi.
 - Sana e robusta costituzione, esente da infermità o menomazioni controindicanti la pratica ginnico-sportiva non agonistica.
- 4) Scheda sanitaria compilata e firmata (sarà inviata a cura della nostra Associazione, unitamente alla conferma dell'iscrizione).

Certificato obbligatorio per gli allievi esterni

- 1) Dichiarazione medica attestante:
 - Idoneità alla pratica sportiva non agonistica.
 - Assenza di malattie infettive, contagiose e pediculosi.
- I certificati medici richiesti sono obbligatori per eventuali controlli da parte delle autorità competenti

DATA ____ / ____ / ____

SITUAZIONE INFETTIVOLOGICA E VACCINALE

TIFO O PARATIFO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MENINGITE C.S.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ASMA BRONCHIALE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
MORBILLO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	VARICELLA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	ESANTEMI INF.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PAROTITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	TONSILLITI FREQUENTI	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	SCARLATTINA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
ROSOLIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	FEBBRE TIFOIDE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIABETE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
EPATITE B	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	EPILESSIA	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	MALATTIA REUM.	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
PERTOSSE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	DIFTERITE	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO			

Barrare il SI in caso di vaccinazione.

HA EFFETTUATO TUTTE LE VACCINAZIONI OBBLIGATORIE PER LEGGE? SI NO

I dati contenuti nella SCHEDA SANITARIA verranno utilizzati dall'Associazione Sportiva "Luigi Orsini", nel rispetto di quanto disposto dalla legge n. 675 del 31-12-1996 in materia di "tutela dati personali".

FIRMA DEL GENITORE

EVENTUALE FIRMA DEL MEDICO CURANTE

