

Autodichiarazione per la partecipazione al Tecnicamp

Il/la sottoscritto/a (nome e cognome)

nato/a a

il

genitore/tutore di (nome e cognome)

nato/a a

il

autorizza il/la minore a partecipare al Tecnicamp che si terrà dal

al

presso la base

e dichiara di essere consapevole che il Tecnicamp è un campo nazionale scout del CNGEI e che le attività proposte ai ragazzi sono programmate e dirette da uno Staff di adulti scout formati al ruolo. Tali attività hanno un fine educativo rivolto alle esigenze dei singoli ragazzi. Si tratta principalmente di attività manuali, fisiche, giochi e attività di riflessione, oltre che alle consuete attività giornaliere di sonno, veglia, e somministrazione del pasto. Durante queste attività gli adulti vigileranno e saranno sempre a contatto con i ragazzi ma questo non è ovviamente sufficiente per evitare che qualcuno si possa fare male: è cura degli adulti presenti al campo evitare che ciò accada educando i ragazzi alla responsabilità, alla cura del materiale e all'attenzione verso sé stessi, gli altri e il proprio e altrui corpo. Nel caso in cui accada qualcosa è impegno dei responsabili Tecnicamp e degli Staff avvertire immediatamente le famiglie. La maggior parte delle attività comporta l'uso di attrezzi potenzialmente pericolosi (coltellini, accette, saracchi...) e alcuni sforzi fisici: il controllo degli adulti e dei ragazzi/e con più esperienza fanno in modo che i ragazzi e le ragazze con meno esperienza prendano confidenza all'uso di tali strumenti e delle proprie possibilità. È ovvio che gli adulti non possono essere ovunque pur mantenendo sempre la massima attenzione possibile nei confronti dell'unità. Inoltre, il rischio di incidenti durante qualsiasi attività con i ragazzi è presente e non completamente eliminabile. Proprio perché il servizio dei Capi comporta un carico notevole di responsabilità (penale e civile), è necessario che, da parte dei genitori, ci sia la piena consapevolezza del modus operandi del metodo scout, dello Staff e del Tecnicamp.

Dichiara che il/la minore di cui sopra deve assumere i seguenti medicinali e/o seguire la seguente terapia (specificare con precisione il dosaggio e l'orario di assunzione):

Dichiara inoltre che il/la minore di cui sopra ha avuto o è vaccinato rispetto le seguenti malattie infettive:

Morbillo

Parotite

Pertosse

Varicella

Rosolia

Tetano

Dichiara che le seguenti allergie/intolleranze e che sintomatologia producono (es.: eritema, asma, shock, etc)

Dichiara infine di essere a conoscenza, e acconsente, che i dati raccolti con la presente iscrizione saranno trattati secondo le modalità descritte nell'allegato 25 del Regolamento CNGEI (Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'articolo 13 GDPR 679/2016), già sottoscritto in fase di iscrizione al CNGEI.

presto il consenso

Indicare un numero di cellulare da contattare in caso di emergenza:

Nome e Cognome

Recapito Telefonico

Data

Firma Leggibile