SCHEDA MEDICA

CENTRO TURISTICO GIOVANILE - POVO APS

NOME E COGNOME _____

REPERIBILITÀ TELEFONICHE

NOME	NUMERO

INFORMAZIONI UTILI

ALLERGIE O PATOLOGIE CRONICHE

INTOLLERANZE ALIMENTARI

ALLERGIE A FARMACI

Il sottoscritto, 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 osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale ARTT. 316, 337 ter, 337 quater, Codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il sottoscritto dichiara inoltre di aver preso visione dello Statuto e Regolamento del CTG consultabile sul sito www.ctg.it e di aver preso conoscenza ai sensi del Regolamento EU 2016/679, dell'informativa per il trattamento dei propri dati sul sito www.ctg.it e di autorizzare la raccolta e il trattamento dei propri dati e quelli del minore.

Luogo e data _____ per accettazione _____

(firma leggibile di un genitore o tutore)