



## PROPOSTA DI PARTECIPAZIONE ALL' HAPPYCAMP ANCARANO a LIGNANO da domenica 27 AGOSTO a sabato 2 SETTEMBRE 2023

F O T O  
Obbligatoria  
per tutti  
COMPRESO CHI HA  
GIÀ' PARTECIPATO

**(Tutti i dati sono obbligatori)**

Cognome.....Nome.....

C.F..... email.....

Indirizzo.....

CAP.....Città..... Prov.....

Telefono.....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... M  F

Documento di identità (CI).....

Rilasciato da..... Valido fino al .....

Misura/Taglia S  M  L  XL  XXL

Eventuale richiesta (se possibile) di coabitazione con.....

Data \_\_\_\_\_ **Firma del richiedente** \_\_\_\_\_

**LA MANCATA FIRMA COMPORTA IL NON ESAME DELLA PROPOSTA**

PRESENTATO dal ROTARY CLUB DI

Firma del Presidente o del Delegato del Rotary Club



## PRIVACY

Il/La sottoscritto/a  o il  
**GENITORE**  **TUTORE**  **AMM.RE DI SOSTEGNO**

Cognome	
Nome	
Indirizzo	
Luogo e data di nascita	
Residente	
Tipo Documento di Identità	
N.	
Rilasciato da	
Rilasciato in data	
<b>MAIL:</b>	
<b>TELEFONO:</b>	

**DICHIARA** di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali, ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati e delle immagini per le finalità e con le modalità ivi descritte.

Luogo e Data

Firma del richiedente

## IMPORTANTE

Allo scopo di permettere agli organizzatori di pianificare le attività e la sistemazione dei partecipanti negli alloggi, ricordiamo che quest'ultimi possono avere delle limitazioni per la mobilità dei disabili e si suggerisce se possibile l'utilizzo di carrozzine leggere ad ingombro ridotto.

Per chi necessita del sollevatore, si suggerisce di portarlo da casa, in quanto la struttura per tutto l'albergo ne ha a disposizione un numero limitato.



## ACCOMPAGNATORE: INDICAZIONI OBBLIGATORIE

Cognome..... Nome.....

Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... M  F

C.F.....email.....

Residente a .....Via .....

CAP.....Città.....Prov.....

\* Grado di parentela.....Telefono cellulare.....

Documento di identità (CI – Patente)..... n. ....

rilasciato da ..... Valido fino al .....

Eventuali intolleranze/allergie alimentari.....

\*oppure assistente, accompagnatore non professionale ecc.

Recapiti per il contatto in caso di necessità

In caso di necessità durante la permanenza telefonare a .....

Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Il sottoscritto, **DICHIARA** di aver acquisito e compreso l'Informativa sul trattamento dei dati personali ex Reg. UE 679/2016, disponibile sul sito del Rotary International Distretto 2060 nella sezione Progetti Sociali ed **ESPRIME IL CONSENSO** al trattamento dei dati e delle immagini per le finalità e con le modalità descritte nell'Informativa.

Data

Firma



## SCHEDA MEDICA

*(da compilarsi in stampatello da parte del Medico curante)*

Trattandosi di una vacanza *si raccomanda di valutare attentamente ed obiettivamente le condizioni del Partecipante, che dovranno essere tali da non richiedere interventi ripetuti e/o particolari assistenze mediche.*

**Cognome/Nome Partecipante:**

---

Diagnosi precisa e completa della disabilità, specificando se essa sia motoria, psico-intellettuale o se comprenda entrambe:

---

---

Indicare se e quale terapia vi sia in atto e se questa debba essere continuativa:

---

---

E' necessario che il Partecipante porti con sé

**TUTTI I MEDICINALI indispensabili per TUTTO IL PERIODO DI PERMANENZA**

(non sempre è possibile reperire il medicinale utile)

---

---

Indicare eventuali intolleranze/allergie alimentari: \_\_\_\_\_

---



**IMPORTANTE** (rispondere SI o NO ): il contenuto delle risposte è cruciale per rendere il più adeguato possibile l'accoglienza e la permanenza del Partecipante:

Si muove solo su sedia a rotelle?		Altro da segnalare:	
Cammina autonomamente?			
Cammina con aiuto ?			
Può fare le scale autonomamente?			
E' in grado di vestirsi autonomamente?			
Presenta piaghe o altre lesioni che richiedono medicazioni?			
Può bagnarsi in piscina sotto il controllo dell'accompagnatore?			
Ha necessità di avere il cibo frullato?			

.....

**Per cortesia, è importante e di grande aiuto indicare:**

**N° telefono fisso e mobile del Medico curante:** \_\_\_\_\_

Timbro e firma del Medico Curante