

## AUTORIZZAZIONI

- Con la presente autorizzo il personale del campo di vacanza a rivolgersi in caso di necessità al medico curante del partecipante e/o ai servizi medico/sanitari della regione e confermo che il medico curante indicato nella presente scheda **è informato in merito al periodo di soggiorno dell'ospite e si è dichiarato reperibile telefonicamente durante tutto il periodo del soggiorno stesso per eventuali urgenze che dovessero subentrare.**
- Con la presente autorizzo il trasporto su veicoli a disposizione dell'associazione della persona qui rappresentata, durante il periodo del campo di vacanza.
- Con la presente autorizzo l'utilizzo di fotografie ed eventuali filmati fatti durante la vacanza (oltre che essere un ricordo del soggiorno per ospiti e monitori, questo materiale potrebbe servirci saltuariamente per promuovere le nostre attività sul territorio e sensibilizzare alla tematica handicap, tempo libero e integrazione).

sì no 

- Con la presente autorizzo la pubblicazione di fotografie nella GALLERIA del nostro sito [www.atgabbes.ch](http://www.atgabbes.ch) e pagina Facebook protetta.

sì no 

- **Qualora al momento della partenza, le informazioni qui espresse non fossero nel frattempo più attuali, i genitori/il rappresentante legale/il responsabile dell' eventuale struttura di accoglienza dichiarano di informare con dovuto anticipo, prima della partenza stessa, il responsabile delle attività del tempo libero di atgabbes e/o direttamente il responsabile della colonia/campo al quale la persona parteciperà**
- **I genitori, il rappresentante legale e le eventuali strutture d'accoglienza, garantiscono all'associazione e al gruppo monitori la presenza di una rete di sostegno (genitori, educatori, parenti, amici di famiglia, medico, ecc...) pronta ad intervenire tempestivamente, durante tutto il periodo del soggiorno, in caso d'emergenza o in caso di rientro a domicilio improvviso del partecipante**

Nome della vacanza a cui parteciperà	<input type="text"/>
Nome e cognome (ruolo) di chi ha compilato (o controllato) l'autocertificazione:	<input type="text"/>
Nome e cognome (ruolo) e nr. di telefono della persona di contatto preventivamente informata pronta ad intervenire in caso di emergenza:	<input type="text"/>
Confermo che tutte le informazioni e i riferimenti riportate nella presente scheda corrispondono alla reale situazione dell'ospite iscritto	
Luogo e data	<input type="text"/>
Firma del <b>rappresentante legale</b>	<input type="text"/>

## DA RITORNARE A:

Segretariato atgabbes, via Canevascini 4, 6900 Lugano-Besso

Ricordarsi di allegare **copia del documento d'identità, cartella vaccinazioni e tessera cassa malati!**