CASSA EDILE
della Provincia di Napoli

Viale della Costituzione, Isola F/3
Centro Direzionale – 80143 Napoli
Tel. 0817347136 – 0817347137 – Fax 0817347138
e-mail = cassaedile.napoli@tin.it
sito web = www.cassaedilenapoli.it
codice fiscale 80014140638

SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA
(scadenza 13 maggio 2005)

Spett. Cassa Edile della Provincia di Napoli - Sede

Domanda per partecipazione a soggiorno in Centri sportivi, a scelta tra la Montagna ed il Mare.

- In Montagna c/o Centro federale Tennis di **CASTEL DI SANGRO (**minori da 7 a 16 anni) periodo:

☐ **- I Turno dal 03-07 al 15-07-2005** ☐ **- II Turno dal 17-07 al 29-07-2005**

- Al mare c/o Circolo nautico Aquarius, Scuola del mare e della vela**, POLICORO** (minori da 7 a 16 anni),

☐ **- I Turno dal 25-06 al 08-07-2005** ☐ **- II Turno dal 09-07 al 22-07-2005**

Il sottoscritto_____ nato a_____
Il _____ residente in _____ prov _____
Via/piazza_____ Tel. Casa _____
Tel. Cell._____Iscritto a questa cassa Edile dal_____

CHIEDE

Per il figlio _____nato a _____ il_____ taglia giacca _____
A suo carico di famiglia, di essere inserito nella graduatoria per l'ammissione al soggiorno e per il periodo su indicato, 'barrato con X'

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 della L. 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.) vanno, se praticate, pagate a parte dall'interessato;
- Eventuali assistenze sanitarie sono a carico dell'interessato
- 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)

Data _____ **FIRMA**

_____

Ha diritto ☐ **SI** ☐ **NO**

SPAZIO RISERVATO ALLA CASSA

CASSA EDILE
della Provincia di Napoli

Viale della Costituzione, Isola F/3
Centro Direzionale – 80143 Napoli
Tel. 0817347136 – 0817347137 – Fax 0817347138
e-mail = cassaedile.napoli@tin.it
sito web = www.cassaedilenapoli.it
codice fiscale 80014140638

SOGGIORNO ESTIVO IN CENTRI VACANZA
(scadenza 13 maggio 2005)

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

1. SCHEDA SANITARIA
2. RECAPITO DEI GENITORI
3. DICHIARAZIONE LIBERATORIA

Corredo consigliato per chi opta per il Circolo nautico Aquarius
Accappatoio, asciugamani, telo da mare, canottiere e calzini di cotone, pigiama, pantaloncini da mare, pantaloni lunghi e corti, magliette (T-shirt), costumi da bagno, felpe o maglioni di cotone, tute sportive, scarpe da ginnastica e scarpe estive, sandali da spiaggia e ciabatte da camera, creme di protezione solare, accessori personali e da toilette, indumenti intimi in numero sufficiente. Sono consigliabili giacca a vento leggera, guanti e stivaletti da vela e macchina fotografica.

Corredo consigliato per chi opta per il Centro Federale Tennis
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 – 18.15
martedì, mercoledì e venerdì ore 8.45 - 12.00

Per ogni ulteriore informazione rivolgersi, durante l'orario d'ufficio, al Preposto al servizio, dott. Raffaele Scala

Sport Natura Vacanza

Dichiarazione

Il sottoscritto .....

genitore di .....

dichiara di accettare i seguenti massimali validi per tutte le attività sportive e non, espletate ai Centri:

a) invalidità permanente	€ 51.646
b) morte	€ 51.646
c) spese ospedaliere sostenute per infortunio	€ 2.582

Il genitore con la firma della presente dichiarazione liberatoria si impegna a rinunciare a qualsiasi risarcimento di danni eccedente il valore dei massimali sopra trascritti. In caso di controversia legale, il Foro competente è quello di Roma.
Il genitore dichiara di aver preso conoscenza del regolamento valido per i Centri Federali 2002 e di accettarlo per intero.

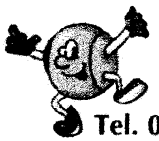
N.B.: La presente domanda è presa in considerazione soltanto se firmata dal genitore o da chi ne fa le veci.

Attività legate a strutture esistenti sul territorio

Si autorizza:

- passeggiate a cavallo ☐
- pattinaggio su ghiaccio ☐
- trampolino elastico ☐
- ski roller ☐
- pesca sportiva ☐
- acqua park ☐
- piscina ☐
- canoa ☐
- minigolf ☐
- golf ☐
- gite ☐
- visite guidate ☐
- serate in pizzeria e/o gelateria ☐

Data..... Firma .....



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

SITUAZIONE INFETTIVOLOGICA E VACCINALE

TIFO O PARATIFO	SI	NO	MENINGITE C.S.	SI	NO	ASMA BRONCHIALE	SI	NO
MORBILLO	SI	NO	VARICELLA	SI	NO	ESANTEMI INF.	SI	NO
PAROTITE	SI	NO	TONSILLITI FREQUENTI	SI	NO	SCARLATTINA	SI	NO
ROSOLIA	SI	NO	FEBBRE TIFOIDE	SI	NO	DIABETE	SI	NO
EPATITE B	SI	NO	EPILESSIA	SI	NO	MALATTIA REUM.	SI	NO
PERTOSSE	SI	NO	DIFTERITE	SI	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

DATA ____ / ____ / _____

AQUARIUS POLICORO
CIRCOLO NAUTICO

- *campus nautici*
- *scuola vela*
- *scuola nuoto*
- *scuola canoa*
- *scuola windsurf*

RECAPITO DEI GENITORI

di : _____
cognome nome età

PADRE: Cognome _____ Nome _____

Residenza _____ CAP _____

Via _____ N. _____

Tel. abitazione _____/_____

Tel. ufficio _____/_____

Cellulare _____/_____

MADRE: Cognome _____ Nome _____

Residenza _____ CAP _____

Via _____ N. _____

Tel. abitazione _____/_____

Tel. ufficio _____/_____

Cellulare _____/_____

CIRCOLO NAUTICO AQUARIUS POLICORO

- *campus nautici*
- *scuola vela*
- *scuola nuoto*
- *scuola canoa*
- *scuola windsurf*

Scheda Sanitaria per frequentatori centri di vacanza presso il:
CIRCOLO NAUTICO SPORTIVO AQUARIUS
- Scuola del Mare e della Vela -

Servizio n.
Distretto Socio Sanitario _____

Cognome _____ Nome _____
Luogo e data di nascita _____
Indirizzo _____

I. _____
Malattie pregresse _____
_____
Esame obiettivo _____
_____
Terapie praticate _____
_____
Allergie particolari _____
_____
Sintesi dell'esame medico e giudizio sanitario _____
_____
_____

Data e firma del medico curante

II. _____
Non presenta sintomi di malattie trasmissibili. Non si verifica convivenza con persone affette da malattie trasmissibili, tali da far ritenere che la convivenza stessa costituisca controindicazione all'ammissione del bambino in collettività.
E' in regola con le vaccinazioni obbligatorie. Ha eseguito l'ultima somministrazione di vaccino antitetanico in data __/__/____.
Ha eseguito l'ultimo Test-Tine in data __/__/____ con esito _____

Data e firma del medico curante

III. _____
Notizie sanitarie relative al periodo di soggiorno _____
_____
_____

Data e firma del medico curante

Sede Sociale: Via Monte Coppola - 75025 POLICORO (MT) - P.IVA 00669640773
Sede Nautica: Località Torre Mozza Lido di Policoro - Tel. e Fax 0835 910273