

U.S. BURAGHESE



Buraghe Summer Camp 2025 - Intolleranze e allergie -

Il sottoscritto GENITORE
esercitante la patria potestà sul minore,
iscritto al *Buraghe Summer Camp 2025*,

DICHIARA

sollevando da qualsiasi responsabilità la società organizzatrice e i Responsabili del Camp,
che il minore soffre delle seguenti intolleranze e/o problematiche:

INTOLLERANZE ALIMENTARI: SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

.....
.....
.....

ALLERGIE A FARMACI: SI NO

In caso di risposta affermativa indicare quali:

.....
.....
.....

NON SEGNALANDO NIENTE , DICHIARO CHE IL MINORE NON HA ALCUN TIPO DI
ALLERGIA, INTOLLERANZA ALIMENTARE O ALTRO.

DICHIARA

CHE IL MINORE NECESSITA DELLA SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA MEDICA
COME DA CERTIFICATO MEDICO RILASCIATO IN DATA DAL
MEDICO CURANTE, CHE SI ALLEGA, COMPLETO DI:

nome/i del medicinale, modalità ed orario di somministrazione, posologia.

AUTORIZZA

quindi gli incaricati del Camp a somministrare i medicinali ivi indicati, forniti alla partenza.

DICHIARA

quindi di sollevare da ogni responsabilità la società organizzatrice ed i responsabili del
Camp per la somministrazione del/i farmaco/i indicati.

AUTORIZZA

l'organizzazione del Camp all'eventuale trasporto, anche con mezzi privati, ed a qualsiasi
cura medica d'emergenza, ritenuti necessari dal personale medico presente in loco per tutta
la durata del Camp.

Data e Luogo,..... In fede.....

