



AUTORIZZAZIONE

Con la presente, consapevole degli scopi e delle attività tipiche dello scoutismo, noi sottoscritti

MADRE (nome e cognome): _____

PADRE (nome e cognome): _____

quale esercente la tutela del minore (nome cognome data e luogo di nascita)

Indirizzo _____ provincia _____ CAP _____

Io AUTORIZZA a partecipare alle attività del gruppo scout AGESCI Roma 129 fino al 31 Dicembre 2020, incluso il campo estivo.

Inoltre

Autorizziamo:

- _____
- _____
- _____
- _____

unitamente e disgiuntamente, a prestare il consenso informato per i trattamenti sanitari che si dovessero rendere necessari per tutelare la salute di nostro/a figlio/a, compresi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ricoveri, terapie farmacologiche o chirurgiche, applicazione di punti di sutura, ingessature, trasferimenti in strutture sanitarie adeguate.

I delegati sono autorizzati a prendere nell'interesse esclusivo del minore ogni decisione concernente detti trattamenti e cure mediche, anche in via anticipata e prima che siano a noi pervenute le informazioni riguardanti la salute del minore attraverso tempestive comunicazioni, ed il loro operato si intende fin da ora approvato.

Si allega copia del tesserino sanitario e copia firmata del documento di identità dei firmatari.

Data

Firma



