[](https://www.google.it/url?sa=i&url=https%3A%2F%2Farchzine.it%2Ffai-da-te%2Faddobbi-natalizi%2Fdisegni-di-natale-idee-per-natale.html&psig=AOvVaw060-SxFIkaEqBE8yydbF2F&ust=1573552101352000&source=images&cd=vfe&ved=0CAIQjRxqFwoTCPDh9MLw4eUCFQAAAAAdAAAAABAE)**Campo invernale**

**Oratorio Rovellasca**

**…in oratorio!!!**

***dal 27 al 30 dicembre***

**per vivere insieme l’oratorio…**

Al mattino messa e poi ci metteremo a servizio svolgendo dei lavori in collaborazione con il Comune di Rovellasca

Al pomeriggio organizzeremo delle uscite o attività insieme (es. piscina Acquaworld…)

Serata con animazione in oratorio.

Iscrizioni **entro domenica 08 dicembre** da don Michele

versando l’intera quota di iscrizione di € 75,00

**obbligatorio il Green Pass**

-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Cognome e nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefono genitore \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Telefono ragazzo/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizzo mio/a figlio/a a partecipare al campo invernale organizzato dall’oratorio Rovellasca

Firma\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Scheda sanitaria da riconsegnare all’iscrizione**

1. Nome e cognome …………………………………………………………………………………………………….
2. Data e luogo di nascita …………………………………………………………………………………………….
3. Residente in via ………………………………………………………………………………………………………
4. Recapito di un genitore o famigliare da contattare in caso di bisogno

(specificare di chi si tratta)………………………………………………………………………………………

1. Soffre di allergie a farmaci? Se si quali ……………………………………………………………………………………………………..……………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Quali sono i sintomi di queste eventuali allergie?

…………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Presenta particolari intolleranze alimentari? Se si a quali cibi?

…………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Nel caso mangiasse qualcosa che non deve, come ci si deve comportare?

…………………………………………………………………………………………………………………………………...

1. Sta facendo qualche cura particolare? Assume dei farmaci?

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Altre eventuali notizie che la famiglia ritiene utile far conoscere?

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Autorizzazione a foto e filmati, che potranno essere pubblicati sul sito della

parrocchia (www.parrocchiadirovellasca.it) e sul bollettino parrocchiale

Data Firma

……………………………………………. ………………………………………………..