



**GRUPPO SCOUT  
MONTEPULCIANO 1**



**REPARTO STELLA POLARE**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_  
in qualità di \_\_\_\_\_  
di (nome e cognome) \_\_\_\_\_  
nata/o il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_  
indirizzo \_\_\_\_\_  
n° tessera sanitaria \_\_\_\_\_  
asl di appartenenza \_\_\_\_\_  
nome-telefono del medico curante \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

\_\_\_\_\_ mia/o figlia/o a partecipare al Campo Estivo che si terrà presso la base scout "Pernina" Siena dal 31 luglio al 10 agosto 2014.

Inoltre, se necessario, allego terapia medica rilasciata in data \_\_\_\_\_ dal medico curante completa di: nome/i del/i medicinale/i, modalità ed orario di somministrazione e posologia. Autorizzo quindi i responsabili educativi dell'evento a somministrare i medicinali ivi indicati da me forniti alla partenza

**FIRMA**

*(del genitore o di chi esercita la potestà genitoriale)*

\_\_\_\_\_

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_