



Allegato A

SCHEDA di PARTECIPAZIONE/AUTORIZZAZIONE

(parte riservata ad uno dei genitori, o di chi esercita la potestà genitoriale, da utilizzarsi per i minorenni)

Io sottoscritto in qualità di

di (cognome e nome) nata/o il

a residente in via n.

città CAP Provincia

Autorizzo mia/o figlia/o a partecipare all'evento scout (sia esso di Reparto, che di squadriglia, consapevole che alcune attività di squadriglia possono svolgersi senza la presenza di un capo adulto) che si terrà a dal al

Autorizzo, i capi scout censiti nel Gruppo Agesci, che saranno presenti al campo, a somministrare i seguenti farmaci in caso di:

	FARMACO	POSOLOGIA
- MAL DI TESTA
- FEBBRE OLTRE I 38°
- DIARREA
- MAL DI PANCIA
- VOMITO

Reperibilità dei genitori durante l'evento scout

Data

Firma

.....

.....