

# Gruppo Rangers G.R.M. Madonnetta

Fossato San Nicolò N.4, GENOVA (GE)  
rangersgrm@gmail.com

## MODULO D'ISCRIZIONE ANNO 2021/2022

Si prega di compilare la presente scheda con attenzione e precisione in ogni sua parte, rispondendo a tutte le domande e informando i responsabili in caso di cambiamenti dei dati da voi sottoindicati.

La scheda dovrà essere consegnata ad un responsabile maggiorenne, i partecipanti saranno iscritti al gruppo solo dopo aver consegnato la scheda presente.

### 0. Pagamento quota di iscrizione:

Richiediamo un'iscrizione annuale di €60 per il mantenimento dei nostri mezzi e per l'acquisto dei nostri materiali. Per famiglie con tre o più partecipanti una quota non dovrà essere pagata (questo vale per tutte le attività dell'anno Rangers). È possibile pagarla in contanti presso un responsabile maggiorenne o tramite bonifico bancario versando la quota sull'iban: IT97Z0617501477000000057380 indicando come causale il nome del Bambino, come intestatario: GR. RANGERS G.R.M. MADONNETTA SANTUARIO DELLA MADONNETTA e **consegnando la ricevuta del pagamento a un responsabile al momento dell'iscrizione.**

Responsabile che ha ritirato la quota o, in alternativa, la ricevuta del bonifico:	
---	--

### 1. Dati del partecipante: (Si prega di scrivere in STAMPATELLO)

Cognome:		Nome:	
Nato il:		A:	
Residente a:		Via:	

### 2. Anagrafica e recapito dei genitori durante l'anno:

Genitore 1:		N. Tel.:	
Genitore 2:		N. Tel.:	

E-mail:	
---------	--

Per coloro che avessero disturbi medici di carattere particolarmente serio si prega fornire indirizzo e recapito telefonico del Medico curante:

Dott.:		N. Tel.:	
--------	--	----------	--

**3. Informazioni mediche:** (si prega di compilare il questionario in ogni sua parte, segnando con una X il caso che ricorre, rispondendo anche ai No e fornendo ulteriori informazioni ove richiesto)

ANAMNESI, sono mai state diagnosticate le seguenti malattie (= presenza accertata di sintomi evidenti)?

Morbillo:	Sì	No	Parotite:	Sì	No	Varicella:	Sì	No
Rosolia:	Sì	No	Scarlattina:	Sì	No	Pertosse:	Sì	No
Febbre Tifoide:	Sì	No	Meningite:	Sì	No			

Soffre dei seguenti disturbi (malattie):

Sonnambulismo:	Sì	No	Asma Bronchiale:	Sì	No
Malattia Reumatica:	Sì	No	Diabete:	Sì	No
Epilessia:	Sì	No	Convulsioni:	Sì	No
Cardiopatìa:	Sì	No	Tonsilliti frequenti:	Sì	No
Sinusiti frequenti:	Sì	No	Otiti frequenti:	Sì	No
Enuresi Notturna (anche lieve):	Sì	No			

Eventuali interventi subiti:	
Eventuali fratture:	
Eventuali RX praticati:	
Iniezioni di siero praticate (per ferite al P.S.; morsi di cani; morsi di vipere)	

VACCINAZIONI:

Ha effettuato le prescritte vaccinazioni?	Sì	No
È in regola con la vaccinazione antitetanica?	Sì	No
Negli ultimi 5 anni ha effettuato un richiamo per la vaccinazione antitetanica?	Sì	No
In caso di ferite contaminate verrà effettuata, previo parere medico, copertura con Immunoglobuline antitetaniche; siete d'accordo?	Sì	No

ALLERGIE:

Lievi:	Sì	No	Specificare quali:	
Gravi:	Sì	No	Specificare quali:	
Alimentari:	Sì	No	Specificare quali:	

SENSIBILITA' FARMACOLOGICHE; ha mai manifestato allergie o sensibilità a:

Penicilline e derivati:	Sì	No	Minima	Mai assunto
Sulfamidici:	Sì	No	Minima	Mai assunto
Metamizolo (Novalgina):	Sì	No	Minima	Mai assunto
Ac. Acetilsalicilico (Aspirina):	Sì	No	Minima	Mai assunto
FANS (Voltaren, Oki, ...):	Sì	No	Minima	Mai assunto
Anestetici locali:	Sì	No	Minima	Mai assunto
Antiepilettici:	Sì	No	Minima	Mai assunto
Altro (scrivere per esteso):				

SOMMINISTRAZIONE FARMACI (assume farmaci o sussidi farmacologici):

Abitualmente	Sì	No	Specificare quali e con quale posologia:	
Saltuariamente	Sì	No	Specificare quali e con quale posologia:	

Nei casi seguenti siete soliti somministrare farmaci particolari (specificare):

Cefalee		Febbre	
Mal di gola		Asma	
Dolori addominali		Dolori mestruali	
Dolori articolari		Dolori muscolari	
Insonnia		Diarrea	
Ansia		Altro	

**N.B.:** I partecipanti minorenni **non potranno** tenere con sé alcuna medicina ma dovranno consegnare tutto all'inizio delle attività ai Responsabili che provvederanno a distribuirle loro secondo le precise disposizioni dei genitori.

#### **4. Autorizzazione:**

Nei casi di emergenza (quali attacco di appendicite, ecc.), nei quali sia in pericolo la salute ed il benessere dei partecipanti, e, a giudizio del medico, siano necessari degli interventi che richiedono il consenso dei genitori, sarà fatto il possibile per ottenere tale consenso. In caso però sia stato impossibile mettersi in contatto con i genitori, acconsentiamo che i responsabili prendano, **SEGUENDO LE ISTRUZIONI DEL MEDICO**, quei provvedimenti necessari al benessere dei partecipanti e in particolare di nostro/a figlio/a (il sopra descritto "Partecipante").

In caso di infortuni acconsentiamo ad accettare ogni responsabilità finanziaria che superi i benefici garantiti dall'assicurazione di cui gode nostro/a figlio/a quale facente parte del Gruppo Rangers.

Fiduciosi che i Responsabili faranno tutto il possibile per assicurare il buon andamento delle attività, ed in particolare il benessere di nostro/a figlio/a, autorizziamo la partecipazione di nostro/a figlio/a alle attività Rangers dell'anno in corso e l'utilizzo dei dati sensibili raccolti nel presente modulo al fine di tutelare la sua salute.

#### **5. Informativa Privacy:**

- Ai sensi del D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 e del Regolamento UE sulla protezione dei dati personali ("GDPR"), si precisa che l'insieme dei dati raccolti in questo documento ha la sola finalità di tutelare la salute dei partecipanti alle attività organizzate dal Movimento Rangers.

- Il trattamento è basato sul consenso dell'interessato ed è obbligatorio per la partecipazione alle attività organizzate dal Movimento Rangers.

- I dati non verranno ceduti o trasferiti, ma potranno essere comunicati al medico o alla struttura sanitaria presso il quale il partecipante sarà eventualmente preso in carico, come descritto nella sezione "4. Autorizzazione".

- Il periodo di conservazione massimo è di un anno (12 mesi) a partire dalla data di firma del presente documento o fino ad aggiornamento o revoca del consenso prestato.

- L'interessato ha diritto in qualsiasi momento ad accedere, rettificare o cancellare i dati raccolti. È altresì possibile richiedere la limitazione del trattamento, opporsi ad esso, revocare il consenso o presentare reclamo all'autorità di controllo. - Il titolare del trattamento è l'Organizzazione di Volontariato "Gruppo Rangers G.R.M. MADONNETTA" con sede in Genova presso il Santuario della Madonnetta dei P.P. Agostiniani Scalzi, in fossato S. Nicolò 4. Qualsiasi richiesta in materia di privacy può essere inviata tramite posta elettronica all'indirizzo [rangersgrm@gmail.com](mailto:rangersgrm@gmail.com)

**6. Domanda d'iscrizione:**

Richiedo l'iscrizione mia o di mio/a figlio/a (se minorenni) all'Organizzazione di Volontariato "Gruppo Rangers G.R.M. Madonnetta" per l'anno associativo corrente (l'anno inizia l'uno settembre e finisce il 31 agosto). Confermo altresì di aver ricevuto informazione da un responsabile degli obblighi che tale iscrizione comporta e che mi impegnerò a far sì che essi vengano rispettati da me o dal partecipante di cui faccio le veci durante tutto l'anno associativo.

**Autorizzo** il Movimento Rangers G.R.M. MADONNETTA a effettuare, durante l'attività associativa, foto e video di mio/a figlio/a nel rispetto nella normativa vigente.

Acconsento alla pubblicazione di queste immagini sul sito web dell'associazione [movimentorangers.com](http://movimentorangers.com) e sui canali di condivisione social dell'associazione (pagina e relativo gruppo [Facebook](#), profili [Instagram](#), [Twitter](#) e canale [YouTube](#)).

Autorizzo inoltre a inserire foto di mio/a figlio/a nel video riassunto del campo che verrà inviato ai genitori dei presenti e mostrato nella nostra sede all'inizio del prossimo anno sociale.

Si	No
----	----

Data	
------	--

FIRMA DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI:

GENITORE 1: \_\_\_\_\_

GENITORE 2: \_\_\_\_\_