

A- MODULO SCARICO DI RESPONSABILITA' PER MINORI

Io sottoscritto/a _____

Residente a _____ (_____)

In _____ Cap: _____

Codice Fiscale: _____ Telefono: _____

In qualità di genitore/tutore legale del/della minore (nome e cognome)

Nato a _____ (_____) il ____/____/____

Residente a _____ (_____)

In _____ Cap: _____

Concedo l'autorizzazione affinché il minore di cui sopra partecipi alle attività del PROGETTO Hack4Health 2025 (<https://vitaesalute.net/hack4health-2025/>)

E dichiaro:

- di far rispettare al proprio figlio/a le indicazioni impartite dal personale responsabile del progetto;
- di essere a conoscenza che qualsiasi incidente verificatosi per imprudenza, negligenza o inosservanza del regolamento non può essere imputato agli enti organizzatori, o al loro Rappresentante Legale;
- di sollevare la Fondazione Vita e Salute, il suo Rappresentante Legale e i volontari e collaboratori che intervengono nel progetto da ogni responsabilità per lesioni e/o qualsiasi eventuale danno, anche causato da terzi, dovesse derivare alla persona del minore;
- di assumermi sin d'ora ogni e qualsiasi responsabilità riguardo alla persona e/o alle cose del minore e, per danni personali procurati ad altri e/o a cose a causa di un comportamento del minore;

Data e Luogo: _____

Firma di entrambi i genitori:

Con il contributo di



Partner



B- SCHEDA SANITARIA INFORMATIVA di:

NOME

COGNOME

DATA DI NASCITA

SESSO

1. INFORMAZIONI MEDICHE RIGUARDANTI IL RAGAZZO

Il ragazzo segue un trattamento medico?

Sì No

Se si aggiungete la ricetta e i medicinali corrispondenti (medicine nella confezione originale, su cui andrà scritto il nome del ragazzo). Al ragazzo non sarà dato alcun medicinale senza una copia della ricetta.

ALLERGIE:

ASMA

Sì No

MEDICINALI

Sì No

ALIMENTARI

Sì No

ALTRI (descrivere)

Precisare la causa delle allergie e il comportamento/procedura da tenere (se automedicazione, segnalarlo)

.....
.....
.....

SCRIVERE QUI:

Difficoltà di salute (malattie, incidenti, crisi convulsive, ricoveri, operazioni chirurgiche, riabilitazioni) con date e precauzioni da prendere.

.....
.....
.....

Con il contributo di

Partner

2. RACCOMANDAZIONI UTILI DAI GENITORI/TUTORE

VOSTRO FIGLIO PORTA DELLE LENTI A CONTATTI, OCCHIALI, APPARECCHI PER L'UDITO, PROTESI DENTARIE, ECC. – PRECISARE.

.....
.....
.....

3. CONTATTI

GENITORI/TUTORE:

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

Telefono Casa

Cellulare

GENITORI/TUTORE:

NOME

COGNOME

INDIRIZZO

Telefono Casa

Cellulare

Nome e cognome del medico curante (facoltativo):

Io sottoscritto

Responsabile legale del ragazzo, dichiaro con la mia firma che tutte le informazioni date nella presente scheda sono esatte e autorizzo lo staff del progetto o il responsabile della struttura a prendere, se necessarie, tutte le misure mediche (trattamento medico, ricovero operazioni chirurgiche) che potranno essere necessarie per la buona salute del ragazzo.

Data e luogo:

Firma:

Con il contributo di



Partner

