

# MODULO DI CONSENSO DEI GENITORI

NOME DEL MINORE:

DATA DI NASCITA:

INDIRIZZO:

TIPO DI EVENTO:

DATA DELL'EVENTO:

SEDE DELL'EVENTO :

CONTATTI DI EMERGENZA

CONTATTO 1

CONTATTO 2

NOME

NUMERO DI CONTATTO

RELAZIONE CON IL MINORE

STORIA CLINICA (INCLUDE ALLERGIE):

ESIGENZE ALIMENTARI:

**FARMACI** (si prega di fornire i dettagli di tutti i medicinali che il minore sta attualmente assumendo con relativi dosaggi. Potranno essere somministrati solo medicinali per via orale o per uso esterno).

QUALSIASI ALTRA INFORMAZIONE IMPORTANTE:

- ACCONSENTO CHE A MIO FIGLIO VENGANO SOMMINISTRATI I FARMACI DEL TIPO E NEL DOSAGGIO SOPRA INDICATO.
- ACCONSENTO CHE A MIO FIGLIO VENGANO PRESTATE CURE DI PRIMO SOCCORSO E CHE L'ORGANIZZATORE DELL'EVENTO AUTORIZZI PER MIO CONTO EVENTUALI CURE MEDICHE O CHIRURGICHE RACCOMANDATE DA UN MEDICO QUALORA EVENTUALI RITARDI DOVUTI AL REPERIMENTO DELLA MIA AUTORIZZAZIONE POSSANO DANNEGGIARE MIO FIGLIO.
- ACCONSENTO CHE MIO FIGLIO SIA TRASPORTATO IN SEDI O LOCALI DIVERSI.
- ACCONSENTO CHE MIO FIGLIO VENGA SOTTOPOSTO A TAMPONE

FIRMA (GENITORE /TUTORE):

NOME:

DATA:

FIRMA (GENITORE/TUTORE #2):

NOME:

DATA: