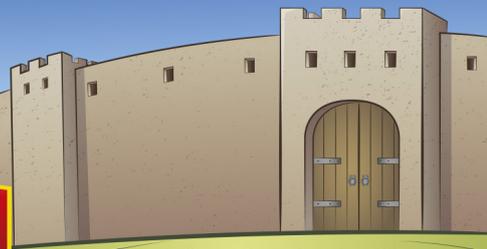




GOD'S PROMISE

ALWAYS WITH YOU



EUD PATHFINDER CAMPOREE 2019

MODULO REGISTRAZIONE (SOLO PER LE UNIONI EUD)

Dal 28 Lug al 4 Ago, 2019 ■ Scadenza iscrizioni: **Martedì, 29 Aprile, 2019**

ANAGRAFICA PARTECIPANTE	Nome _____	Cognome _____	Foto del partecipante (se riesci ad inserirla)
	Indirizzo _____		
	CAP _____	Città _____	
	Provincia, _____	Cellulare _____	
	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Unione _____	
	Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____	Età al Camporee _____	
	Email _____	Nazionalità _____	
	Hai un documento d'identità (valido per viaggiare all'estero) <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No		
	Ruolo <input type="checkbox"/> Esploratore <input type="checkbox"/> Animatore		
	Taglia T-Shirt Maschio <input type="checkbox"/> 10-12 <input type="checkbox"/> 14-16 <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL <input type="checkbox"/> XXXL		
Taglia T-Shirt Femmina <input type="checkbox"/> 10-12 <input type="checkbox"/> 14-16 <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XXL			
TRADUZIONE. Le lingue del Camporee saranno l'Inglese e il Portoghese.			
<input type="checkbox"/> Non ho bisogno della traduzione <input type="checkbox"/> Ho bisogno della traduzione in _____			

ASSICURAZIONE	Tutti i partecipanti devono essere coperti da un'assicurazione di viaggio e salute. Si prega di indicare la propria situazione.
	<input type="checkbox"/> Ho capito che è mia responsabilità avere i documenti in regola per viaggiare compresa l'assicurazione sanitaria.
	<input type="checkbox"/> Presenterò e provvederò con un'assicurazione di viaggio insieme alla mia Unione.
	<input type="checkbox"/> Sì, ho un'assicurazione di viaggio e sanitaria valida per l'Europa.

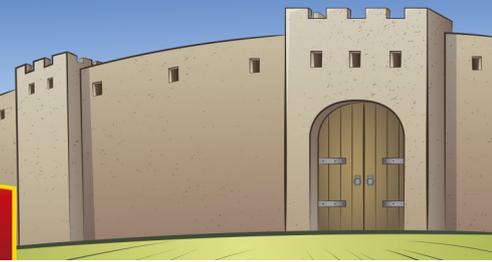
GENITORI / TUTORI LEGALI	Concedo l'autorizzazione a mio figlio per partecipare a questo evento e prendere parte alle attività che saranno organizzate, seppur non specificate. Accetto di informare il responsabile della delegazione di eventuali cambiamenti.	
	Nome e Cognome del Padre/Tutore (se minore di 18 anni) _____	
	Nome e Cognome della Madre (se minore di 18 anni) _____	
	Cellulare Padre/Tutore _____	Cellulare Madre _____
	Email _____	Telefono di casa _____
	Firma Padre/Tutore legale _____	
	Firma Madre _____	
Data (gg/mm/aaaa)		

CONSENSO FOTOGRAFIE	L'attuale regolamentazione in merito alla Protezione dei Bambini circa le fotografie e i video richiede l'ottenimento del tuo consenso per ogni foto e video che includono tuo figlio/ tua figlia che potranno essere usate in video o altre pubblicazioni. I bambini non saranno identificati individualmente, ma la delegazione di appartenenza potrebbe essere nominata.
	<input type="checkbox"/> Sbarrare qui per concedere il consenso



GOD'S PROMISE

ALWAYS WITH YOU



Nome e Cognome

CONSENSO ATTIVITA'

Completare da parte di un genitore/tutore legale se il partecipante ha meno di 18 anni. Tuo figlio/Tua figlia...

... sa stare in acqua in sicurezza? Sì No ... sa nuotare in una piscina? Sì No
... sa nuotare per 50m? Sì No ... sa nuotare in acque aperte? Sì No

Tutte le attività saranno elencate nel sito web del Camporee: youth.eud.adventist.org (nella Primavera del 2019)
Se vuoi che tuo figlio/tua figlia non prenda parte ad alcune attività, segnalale in anticipo scrivendo al Direttore GA dell'Unione.

CONSENSO REGISTRAZIONE

Confermo che tutte le informazioni inserite in questo modulo sono corrette. Completare da parte di un genitore/tutore legale se il partecipante ha meno di 18 anni.

Il Dipartimento dei Ministeri Giovanili dell'UICCA e dell'EUD raccolgono e processano le informazioni di tutti i partecipanti ai propri eventi. Queste informazioni sono raccolte sulla base del consenso fornito e usate per i soli scopi legati all'organizzazione dell'evento, che potrebbero includere: inviare promemoria, registrare i partecipanti, confermare i pagamenti delle rette, garantire la sicurezza, e provvedere eventuali altri servizi, incluso il supporto pastorale. Le informazioni personali raccolte per un evento specifico saranno conservate un massimo di 5 anni e potrebbero essere usate per promuovere eventi futuri.

Ognuno ha il diritto chiedere di vedere le informazioni custodite su di lui/lei dal Dipartimento dei Ministeri Giovanili dell'UICCA e dell'EUD inviando una "Richiesta di accesso ai dati" all'ufficio di segreteria. Rimane altresì il diritto di chiedere di correggere le informazioni che si crede siano non corrette, e in alcuni casi, chiedere la rimozione di tutte le proprie informazioni.

Sono d'accordo nel supportare tutte le attività e rispettare la filosofia della Chiesa Avventista del Settimo Giorno mentre frequento il Camporee.

Sono d'accordo con le dichiarazioni sopra e rilascio il mio consenso.
 Non sono d'accordo con le dichiarazioni sopra e non rilascio il mio consenso (nota: se scegli questa opzione non potremo processare e accettare la tua iscrizione).
 Concedo l'autorizzazione affinché il minore di cui sopra venga ritratto in foto e/o video, prendo atto dell'eventualità che la sua immagine compaia su web, stampa social networks e sito web dell'UICCA e dell'EUD.

In armonia con la policy GDPR controllata e richiesta.

Firma _____

Data (gg/mm/aaaa)

PARTE DA COMPILARE DALL'UNIONE

Unione / Federazione _____
Direttore dei Ministeri Giovanili _____

Raccomando la persona di cui sopra a partecipare al Camporee.

Data (gg/mm/aaaa) Firma _____

DA INVIARE IN ALLEGATO AL MODULO ONLINE
Iscriviti prima possibile! La scadenza è prevista per il **30 Aprile 2019** salvo esaurimento posti!



INFORMAZIONI MEDICHE

Nome e Cognome	Cellulare per emergenze
----------------	-------------------------

ALLERGIE

Non ha intolleranze/allergie conosciute Intolleranze _____

E' allergico/a a: Medicine Specificare _____

Cibi Specificare _____

Pollini, piante o animali Specificare _____

Altre allergie: _____

ALIMENTAZIONE

Segue una dieta normale Ha delle restrizioni alimentari Tipo di dieta _____

Linee guida per la dieta speciale (solo se necessario): _____

MALATTIE CRONICHE

Non soffre di nessuna malattia cronica Background medico _____

Soffre di (segna le tue opzioni)

<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Epistassi
<input type="checkbox"/> Disturbi cardiaci	<input type="checkbox"/> Celiachia
<input type="checkbox"/> Otite	<input type="checkbox"/> Diabete
<input type="checkbox"/> Epilessia	<input type="checkbox"/> Iperattività - Deficit dell'attenzione
<input type="checkbox"/> Dermatite	<input type="checkbox"/> Sonnambulismo
<input type="checkbox"/> Enuresi notturna	
<input type="checkbox"/> Altro _____	

Indicare i trattamenti in caso di crisi per ognuno dei disturbi sopra indicato (se necessario allegare le istruzioni del medico)

VACCINI E ALTRO

Segue un trattamento medico durante il Camporee Si No

Per cosa? _____

Quale trattamento? _____

Qual'è il dosaggio? _____

Si prega di fornire il nome dei medicinali e i dosaggi. I medicinali corrispondenti dovranno essere chiaramente etichettati. Tutte le medicine saranno custodite da un animatore (se minore di 18 anni).

Ha fatto tutti i vaccini? (solo se si è assolutamente certi) Si No

Ha fatto l'antitetanica? Si No Data (gg/mm/aaaa) _____

Ha fatto il controllo pediculosi prima di partire? Si No Trattamento pediculosi Si No

Se dovesse essere necessario per mio/a figlio/a ricevere un trattamento medico e non sono raggiungibile telefonicamente o in altro modo, autorizzo attraverso la firma sotto il responsabile della delegazione (o in sua assenza un altro animatore della delegazione) e rilascio il mio consenso ad ogni trattamento medico necessario e a firmare ogni documento richiesto dalle autorità sanitarie.

Data (gg/mm/aaaa)

Firma