

## PROCEDURA DI ISCRIZIONE AL SOGGIORNO “MULTISPORT CAMP” DI LA MAGDELEINE

### DOCUMENTI NECESSARI

Gli allegati che seguono sono destinati ai genitori dei ragazzi che parteciperanno al Soggiorno “Multisport Camp” di La Magdeleine e vanno debitamente letti, compilati e consegnate agli accompagnatori direttamente alla partenza, in busta chiusa contrassegnata esternamente col nominativo del partecipante.

L'unico allegato da inoltrare anticipatamente alla segreteria di Lancillotto è l'ALLEGATO 1 “DOMANDA DI PARTECIPAZIONE” tramite mail a [segreteria@lancillotto.net](mailto:segreteria@lancillotto.net) entro e non oltre 15 gg antecedenti l'inizio del turno a cui si è interessati allegando fotocopia del Codice Fiscale di almeno uno dei genitori (genitore dipendente/convenzionato).

Allegato 1 **Domanda di Partecipazione** compilata in ogni sua parte (controllare la presenza di tutti i fogli alla consegna).

Allegato 2 **Autorizzazione rilascio soldi/ Contatti**.

Allegato 3 **Scheda sanitaria**: autocertificazione da parte di chi esercita la potestà parentale, allegando copia del certificato delle vaccinazioni o in alternativa certificazione da parte del medico curante.

Allegato 4 **Informativa per il trattamento dei dati personali** (*ex art. 13 GDPR 2016/679*).

Allegato 5 **Scheda vestiario** (da inserire in valigia): compilata con le quantità d'indumenti, ognuno dei quali dovrà essere contrassegnato con la sigla corredo.

### IMPORTANTE!!!

Si richiede l'elenco di diete particolari e allergie/intolleranze/disabilità da comunicare entro 15 giorni precedenti la partenza alla sede Lancillotto tramite mail a [segreteria@lancillotto.net](mailto:segreteria@lancillotto.net) (verificare la corretta ricezione del documento tramite telefonata al n° 011/3292121). Per la mancata comunicazione di tali segnalazioni Lancillotto non si assumerà alcuna responsabilità delle eventuali conseguenze. In caso di terapie mediche in corso è **INDISPENSABILE** produrre certificazione del medico curante con la descrizione delle somministrazioni medicali. In mancanza di tale documentazione il personale sanitario della struttura ospitante non si ritiene autorizzata a farsi carico di qualsiasi tipo di somministrazione medica.

## ALLEGATO 1

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE AL SOGGIORNO MULTISPORT CAMP DI LA MAGDELEINE**  
**(Si prega di compilare in stampatello)**

ENTE/AZIENDA/GRUPPO/CRAL/PRIVATO \_\_\_\_\_

NOMINATIVO DIPENDENTE \_\_\_\_\_

## I GENITORI

## DATI MADRE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

## DATI PADRE

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data e Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Telefono/Cellulare \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

DICHARANO DI VOLER ISCRIVERE IL PROPRIO FIGLIO/A AL SOGGIORNO PER IL PERIODO

 **1° turno** 01/07/19 – 13/07/19 **2° turno** 15/07/19 – 27/07/19

Usufruisce del servizio di trasporto in andata dalla città.....

## DATI DEL RAGAZZO/A

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

Data e Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Documento di Identità \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Rilasciato da \_\_\_\_\_ Scadenza \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ SESSO M  F 

Eventuali allergie riscontrate o presunti problemi medici o alimentari

Eventuali annotazioni della famiglia

CHIEDE LA SISTEMAZIONE IN CAMERA CON (cognome e nome del minore dello stesso sesso ed età simile)

DATA

FIRMA MADRE

FIRMA PADRE

## ALLEGATO 2

**AUTORIZZAZIONE RILASCIO SOLDI**

Io sottoscritto..... genitore di..... DICHIARO di aver consegnato € ..... in data ..... per le spese extra del ragazzo/a. (Cifra consigliata 65,00 – 70,00 €).

La cifra dovrà essere conservata dal ragazzo/a (evidenziare la scelta)

SI

NO

DATA..... FIRMA.....

Se avete barrato la casella SI, l'organizzazione Lancillotto si ritiene sollevata da ogni responsabilità per eventuali furti o smarrimenti.

Se avete barrato NO, la somma sarà gestita dalla segreteria del soggiorno che giustificherà a fine soggiorno ogni spesa extra.

L'organizzazione Lancillotto S.C.S. invita i genitori a non dotare i propri figli di oggetti di valore (telefoni cellulari, videogames, ecc.) o altri effetti personali (esempio: capi d'abbigliamento di particolare pregio), per il cui smarrimento, danneggiamento o furto non si assume alcuna responsabilità.

**VISITE DEI GENITORI E CONTATTI CON LE FAMIGLIE**

Non prevediamo giornate di visita dei genitori. E' garantito il contatto costante con le famiglie tramite telefono cellulare da noi fornito e consegnato all'animatore di squadra.

Il numero di telefono cellulare vi verrà comunicato all'atto della partenza insieme alle password di accesso al "DIARIO DI BORDO", blog dove poter monitorare le attività dei ragazzi in soggiorno attraverso il sito [www.lancillotto.net](http://www.lancillotto.net).

Le telefonate sono previste nei seguenti orari: 08.30 – 09.15 12.45 – 14.00 19.45 – 21.00

Gestione cellulari: i cellulari personali della fascia Teen non saranno ritenuti sotto la responsabilità dell'organizzazione Lancillotto, mentre per i ragazzi della fascia Senior i telefoni saranno presi in consegna dalla Direzione del soggiorno e riconsegnati agli stessi solo durante l'orario serale delle telefonate dalle 20 alle 21; mentre per la fascia Junior sono a disposizione per le chiamate i nostri cellulari di servizio.

RESTA CONVENUTO CHE PER TUTTI SONO A DISPOSIZIONE I CELLULARI DA NOI FORNITI

**INDIRIZZO**

Hotel MIRAVIDI, Loc. Artaz, 8- Residence LO SCOIATTOLO, Vieu 75, Hotel TANTANE', Loc. Brengon, 4. Tutte le strutture alberghiere si trovano a La Magdeleine (AO).

## ALLEGATO 3

## SCHEMA SANITARIA

E' INDISPENSABILE allegare fotocopia del certificato di vaccinazioni

COGNOME ..... NOME ..... NATO A ..... IL  
 ..... INDIRIZZO ..... N° ..... CITTA' .....  
 NOME/COGNOME MADRE ..... N° CELL .....  
 NOME/COGNOME PADRE ..... N° CELL .....  
 TEL. ABITAZIONE ..... TEL. UFFICIO ..... ALTRO RECAPITO.....

**MALATTIE PREGRESSE**

Morbillo  Rosolia  Nefrite  Convulsioni febbrili   
 Parotite  Varicella  Asma bronchiale  Epilessia   
 Pertosse  Scarlattina  Malattia reumatica  Parotite

Altro .....

**MALATTIE IN ATTO**

Asma bronchiale  Deficit di GH   
 Diabete  Ipotiroidismo  CELIACHIA   
 Malattia reumatica  Epilessia

Rinocongiuntivite allergica

Altro .....

**ALTRE SEGNALAZIONI**

Ritardo psicomotorio/disturbi del comportamento e/o del carattere

Terapie in corso da proseguire in soggiorno (specificare dosi e tempi di somministrazione e motivo della terapia)

**ALLERGIE**

Farmaci  quali .....

Alimenti  quali (indicare solo quelli da escludere) .....

Veleno insetti  quali (solo se a rischio shock anafilattico) .....

Altre allergie .....

**NOTIZIE UTILI**

Il bambino è portatore di: Il bambino è soggetto a:  
 Apparecchio ortodontico? ..... Sonnambulismo? .....  
 Apparecchio acustico? ..... Enuresi notturna/diurna? .....  
 Occhiali? .....

Altro .....

Il bambino ha subito interventi chirurgici? (se sì, quali)

Può praticare attività sportive non agonistiche? .....

Presenta sintomi di malattie trasmissibili con particolare riguardo alle ectoparassitosi (lendini, pidocchi, scabbia, etc...)?

**SE NEI 5 GIORNI ANTECEDENTI LA PARTENZA DEL SOGGIORNO SI E' DOVUTO RICHIEDERE L'INTERVENTO MEDICO SI DEVE OBBLIGATORIAMENTE ALLEGARE IL CERTIFICATO MEDICO ATTESTANTE LA GUARIGIONE E L'ASSENZA DI MALATTIE INFETTIVE TRASMISSIBILI TALI DA CONTROINDICARE L'AMMISSIONE IN COLLETTIVITA'.**

**PARTE DA COMPILARSI NEL CENTRO CLIMATICO A CURA DEL MEDICO DEL SOGGIORNO**

Soprattutto per i minori assistiti in ambulatorio o degenti in infermeria

COGNOME E NOME DEL RAGAZZO/A.....

SQUADRA ..... DATA VISITA ARRIVO.....

ESAME OBIETTIVO ALL'ARRIVO: RILIEVI

.....  
.....

MALATTIE SOFFERTE IN SOGGIORNO

- Dal .....al.....

Terapia praticata

.....  
.....

- Dal .....al.....

Terapia praticata

.....  
.....

- Dal .....al.....

Terapia praticata

.....  
.....

Eventuali ricoveri presso l'Ospedale di .....

- Dal .....al.....

Osservazioni

.....  
.....

Timbro e firma del medico

.....

## ALLEGATO 4

**INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO**  
**DATI RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**  
(ex art. 13 GDPR 2016/679)  
**TRATTAMENTO: GE06 – Soggiorni e Centri estivi**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Gestione della clientela	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Origini razziali; Origini etniche; Stato di salute - patologie attuali; Stato di salute - terapie in corso; Dati relativi alla famiglia o a situazioni personali; Immagini; Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); Dati relativi alla situazione reddituale (laddove richiesta).	Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)
Programmazione delle attività	Dati relativi alla famiglia o a situazioni personali; Stato di salute - patologie attuali; Stato di salute - terapie in corso	Norma Unione Europea (GDPR 2016/679)

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

**Categorie di destinatari:**

Enti locali (Comune di Torino), Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, Imprese di assicurazione, Associazioni e cooperative terzo settore, Cooperative sociali e ad altri enti, strutture alberghiere ospitanti.

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

- La durata del trattamento è determinata come segue: Le schede d'iscrizione vengono conservate per 10 anni come previsti da obblighi di legge.
- Data di inizio del trattamento: 25/05/2018.
- ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai suoi dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che la riguarda o di opporsi al loro trattamento.
- se ha fornito il consenso per una o più specifiche finalità, ha il diritto di revocare tale consenso in qualsiasi momento.
- ha il diritto di proporre reclamo alla seguente Autorità di Controllo: Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre,

ha l'obbligo contrattuale di fornire i suoi dati, l'assenza dei quali è da considerare una violazione delle clausole ivi contenute ovvero la conoscenza dei suoi dati personali è requisito necessario per la conclusione del contratto e non sarà possibile procedere alla sua stipula in assenza di essi.

L'interessato ha il diritto alla portabilità dei suoi dati personali. L'interessato può esercitare i diritti dell'Utente, gli Utenti possono indirizzare una richiesta agli estremi di contatto del Titolare [segreteria@lancillotto.net](mailto:segreteria@lancillotto.net), oppure telefonicamente al numero tel. 011-329.21.21.

Le richieste sono depositate a titolo gratuito e evase dal Titolare nel più breve tempo possibile, in ogni caso entro un mese.

Il trattamento avviene mediante processi automatizzati che non determinano la profilazione degli interessati.

Torino, 28/05/2018

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO PER MINORI  
PRESTATO DAL GENITORE**

Il sottoscritto/a Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**Dichiaro di essere titolare della responsabilità genitoriale sul minore:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_  
Poiché \_\_\_\_\_ (indicare se genitore, tutore, ecc.)  
Località e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta
- preservare l'integrità del minore durante lo svolgimento dei centri estivi:

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Origini razziali (Dati sensibili); Origini etniche (Dati sensibili); Stato di salute - patologie attuali (Dati relativi alla salute); Stato di salute - terapie in corso (Dati relativi alla salute); Immagini (Dati sensibili)**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È necessario per tutelare un interesse vitale dell'interessato o di un'altra persona fisica qualora l'interessato si trovi nell'incapacità fisica o giuridica di prestare il proprio consenso.
- È effettuato, nell'ambito delle sue legittime attività e con adeguate garanzie, da una fondazione, associazione o altro organismo senza scopo di lucro che persegua finalità politiche, filosofiche, religiose o sindacali, a condizione che il trattamento riguardi unicamente i membri, gli ex membri o le persone che hanno regolari contatti con la fondazione, l'associazione o l'organismo a motivo delle sue finalità e che i dati personali non siano comunicati all'esterno senza il consenso dell'interessato.

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:*

*Mancata iscrizione al centro estivo.*

*Non si potrà preservare l'integrità dei minori iscritti.*

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte del Titolare, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679):

Marketing (ricevere informazioni dell'Associazione, ricevere informazioni promozionali)

CONSENTO  NON CONSENTO

Ai sensi degli artt. 96 e 97 della L. 633/1941, all'utilizzo del materiale audio e video (filmati, fotografie) a titolo completamente gratuito realizzato nel corso del soggiorno allo scopo di promuovere le attività della Cooperativa Lancillotto

CONSENTO  NON CONSENTO

La pubblicazione di materiale fotografico e video sul sito [www.lancillotto.net](http://www.lancillotto.net) in area riservata del diario di bordo con accesso limitato.

Firma dell'interessato (o del soggetto che esercita la potestà legale ai sensi delle disposizioni di legge)

Località e Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

## ALLEGATO 5

## SCHEDA VESTIARIO (da inserire in valigia)

Cognome .....

Nome .....

Ente/azienda/privato .....

Numero identificazione biancheria (iniziale nome e cognome) .....

<i>Descrizione indumento</i>	<i>Quantità consigliata</i>	<i>Dotazione</i>
Pantalone lungo	2 – 3 (pz)	
Jeans	1 – 2 (pz)	
Pantaloni corti	2 – 5 (pz)	
Gonne	2 – 3 (pz)	
Maglietta manica corta / T shirt	5 – 8 (pz)	
Maglietta manica lunga	4 – 5 (pz)	
Maglione / felpa	3 – 4 (pz)	
Pigiama	1 – 2 (pz)	
Mutande	13 – 14 (pz)	
Canottiere	3 – 4 (pz)	
Costumi da bagno	1 (pz)	
Calzettoni di spugna	5 – 8 (pz)	
Calzini	10 – 11 (pz)	
Giubbotti / giacche / Kway	1 – 2 (pz)	
Scarpe da ginnastica	1 – 2 (pz)	
Scarponcini da trekking	1 – 2 (pz)	
Asciugamano bagno	2 – 3 (pz)	
Accappatoio	1 (pz)	
Ciabatte doccia	1 (pz)	
Beauty case (dentifricio, spazzolino, shampoo, bagnoschiuma, sapone)	1 (pz)	
Pettine / Spazzola	1 (pz)	
Asciugacapelli	1 (pz)	
Cuffia per piscine	1 (pz)	
Crema solari (protezione max)	1 (pz)	
Zainetto	1 (pz)	
Borraccia	1 (pz)	
Cappellino	1 (pz)	
Medicinale (inserire nome)	Pz	
Lucina da notte (se necessario)	1 pz	
Fazzoletti	A volontà	
Altro (inserire nome)		