



1985-2017

## CAMPI ESTIVI 2017

### COME PRENOTARE

Inviare a Natura da Vivere T.O. copia della domanda di prenotazione compilata, preferibilmente via fax (0586 426548) oppure per posta elettronica a [antonella.paci@ardea.toscana.it](mailto:antonella.paci@ardea.toscana.it)

Specificando nel modulo un numero di fax o un indirizzo e-mail riceverete più rapidamente i documenti di conferma e le informazioni relative al soggiorno scelto (se sono numeri di un ufficio specificare a chi deve essere indirizzato).

Consiglio: chiamare la Segreteria (2gg. dopo l'invio via fax o e-mail, 7gg. dopo l'invio per posta) per verificare l'arrivo del modulo di prenotazione.

Tel 0586444407 dal lunedì al venerdì dalle 10:30 alle 13:00 e dalle 15:30 alle 18:00.

### Domanda di Prenotazione

NOME	COGNOME	ETÀ
INDIRIZZO		N°
CITTÀ	C.A.P.	PROVINCIA
PREFISSO E TELEFONO CASA	UFFICIO	
E-MAIL	FAX	
LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	
<b>SOGGIORNO E TURNO SCELTO</b>		
TITOLO	DAL	AL
LOCALITÀ		
In caso di NON disponibilità/effettuazione del soggiorno indicato, chiedo, in alternativa		
TITOLO	DAL	AL
SEGNALAZIONI EVENTUALI		

MI IMPEGNO A VERSARE L'ANTICIPO RICHIESTOMI DALL'ORGANIZZAZIONE APPENA MI SARÀ CONFERMATA L'ASSEGNAZIONE DEL CAMPO

Ai sensi della L.196/2003, La informo che i suoi dati personali sono raccolti e trattati a fini organizzativi e informativi. I nominativi saranno raccolti e gestiti elettronicamente e in forma cartacea dalla agenzia Natura da Vivere T.O.. Qualora lo vorrà, Lei potrà chiederne la cancellazione o la modifica scrivendo a [info@ardea.toscana.it](mailto:info@ardea.toscana.it) o inviando un fax al numero 0586426548.

NOME E COGNOME DEL GENITORE (in stampatello) .....

Firma del genitore .....

Data.....

Come ha ricevuto l'informazione.....

# NATURA da VIVERE - T.O.

di A.R.D.E.A. s.c.r.l.  
.....professionisti per natura

**Vi preghiamo di porre particolare attenzione nella compilazione di questa scheda di cui:**

**- pagina 1 da compilarsi a cura della famiglia**

**- pagina 2 da compilarsi a cura del medico**

**La presentazione della scheda all'arrivo al villaggio, compilata in ogni sua parte, è indispensabile per l'accettazione.**

## Scheda Sanitaria

Cognome.....

Nome.....

Luogo di Nascita .....

Data di Nascita.....

Domicilio Via..... Cap..... Città..... Prov.....

email.....

### Recapito parenti durante il soggiorno

Madre:

Padre:

Altro (specificare).....

☎ Uff ...../.....

☎ Uff ...../.....

☎ Uff ...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Abit...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

☎ Cell...../.....

Nel caso di genitori separati indicare a chi è affidato il minore:

Madre  Padre  Altro .....

Regione:..... Azienda ASL n°:.....Codice Assistito: .....

---

---

---




---

---

---

---

---

Il/la sottoscritto/a padre  madre  altro  \_\_\_\_\_, esercitante la potestà genitoriale sul/la minore, autorizzo la Direzione ad impartire i trattamenti sanitari necessari al ragazzo/a.

Firma

Data

Cognome.....Nome.....

Esame obiettivo generale	Patologie in atto	
<p><b>Terapie in corso</b> (specificare farmaci e posologia)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>I farmaci al seguito del ragazzo saranno consegnati alla Direzione che si occuperà delle somministrazioni come da prescrizione medica</b></p>	<p><b>Notizie Anamnestiche</b></p> <p><input type="checkbox"/> morbillo</p> <p><input type="checkbox"/> parotite</p> <p><input type="checkbox"/> epatite virale</p> <p><input type="checkbox"/> epilessia</p> <p><input type="checkbox"/> varicella</p> <p><input type="checkbox"/> pertosse</p> <p><input type="checkbox"/> asma bronchiale</p> <p><input type="checkbox"/> rosolia</p> <p><input type="checkbox"/> enuresi notturna</p> <p><input type="checkbox"/> scarlattina</p> <p><input type="checkbox"/> altro: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>menarca NO[ ] SI [ ]</p> <p>quando: _____</p>	<p><b>Allergie</b> (specificare il tipo)</p> <p>farmaci _____</p> <p>_____</p> <p>pollini _____</p> <p>_____</p> <p>polveri _____</p> <p>_____</p> <p>muffe _____</p> <p>_____</p> <p>alimenti _____</p> <p>_____</p> <p>veleno insetti _____</p> <p>_____</p> <p>altro: _____</p> <p>_____</p>
<p>ectoparassitosi _____</p>		

Il/la minore non presenta sintomi e segni riferibili a malattie trasmissibili in atto; non convive e non ha avuto contatti con persone affette da malattie trasmissibili in fase di contagiosità, tali da precludere l'ammissione dello/a stessa/a in comunità

TIMBRO E FIRMA LEGGIBILE  
Medico compilatore

Qualifica:

- Pediatra di libera scelta
- Medico di medicina generale
- Medico ASL di residenza

Codice sanitario reg. ....

Data Compilazione .....

## Vaccinazioni eseguite

(La compilazione della parte sottostante può essere sostituita da fotocopia del libretto di vaccinazione)

	I dose	II dose	III dose	I dose	II dose	III dose
<b>DT</b>	__/__/__	__/__/__	__/__/__			
Richiami	__/__/__	__/__/__				
<b>DTP</b>	__/__/__	__/__/__	__/__/__			
Richiami	__/__/__	__/__/__				
<b>polio</b>	__/__/__	__/__/__	__/__/__			
Richiami	__/__/__	__/__/__				
<b>epatite B</b>	__/__/__	__/__/__	__/__/__			
<b>MPR</b>	__/__/__	__/__/__				
<b>morbillo</b>	__/__/__	__/__/__				
<b>parotite</b>	__/__/__					
<b>rosolia</b>	__/__/__					

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 si comunica che i vs. dati, anche sensibili, saranno trattati esclusivamente per gli adempimenti connessi ai rapporti contrattuali esistenti. Il mancato conferimento comporta impossibilità di adempiere agli obblighi di legge e contrattuali. I dati potranno essere comunicati agli incaricati al trattamento dei dati per la gestione delle relative pratiche, ai consulenti contabili e fiscali e a tutti gli organi preposti a verifiche e controlli. All'interessato spettano i diritti di accesso di cui all'art. 7. Titolare del trattamento dati: MASTIO Srl, nella persona del legale rappresentante

ALLEGARE FOTOCOPIA DEL TESSERINO SANITARIO



19852017

**NATURA da VIVERE - T.O.**

di A.R.D.E.A. s.c.r.l.

Via del Vigna, 199 57121 Livorno - Tel. 0586 444407 fax 0586 426548

[naturadavivere@ardea.toscana.it](mailto:naturadavivere@ardea.toscana.it) [www.ardea.toscana.it](http://www.ardea.toscana.it)

iscritta Albo Nazionale cooperative a mutualità prevalente al N. A121602 presso il M.A.P.

# NATURA da VIVERE - T.O.

## di A.R.D.E.A. p.s.c.

Via del Vigna 199 - 57121 Livorno Tel. 0586/444407 - Fax 0586/426548

### MODALITA' DI PAGAMENTO ADESIONE CAMPI ESTIVI

Vi ricordiamo **le modalità di pagamento per aderire ai nostri campi estivi:**

1. all'atto della prenotazione dovrà essere corrisposto un **acconto pari al 30% della quota di partecipazione**
2. Il saldo dovrà essere versato ENTRO 30 GIORNI dall'inizio del soggiorno. Per prenotazioni effettuate oltre tale data l'intero ammontare dovrà essere versato al momento della prenotazione.

*Coordinate Bancarie*

Conto intestato a A.R.D.E.A p.s.c

UNIPOL Banca

IBAN: IT19Q0312713900 000000000174

#### **RINUNCE**

Se un partecipante iscritto al viaggio o al soggiorno dovesse rinunciare, avrà diritto al rimborso della somma versata al netto della quota d'iscrizione, se prevista, con le penalità qui sotto riportate:

- 10% dell'intera quota di partecipazione dall'atto della prenotazione sino a 30 giorni lavorativi prima della partenza;
- 30% da 15 giorni prima della partenza del viaggio;
- 50% sino a 3 giorni prima della partenza del viaggio;
- NESSUN RIMBORSO dopo tale termine.

Per aiutarci a servirvi nel migliore dei modi, eventuali comunicazioni o variazioni dovranno esserci comunicate tempestivamente e in forma scritta (fax 0586 426548 o email [antonella.paci@ardea.toscana.it](mailto:antonella.paci@ardea.toscana.it) )

Per accettazione

Firma

---

#### **DATI PER L'INTESTAZIONE DELLA FATTURA:**

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

---

**Natura da vivere T.O. di A.R.D.E.A. p.s.c.**