



CNGEI Sezione scout Verona APS

LETTERA DI ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ (LUPETTI)

Come titolare della responsabilità genitoriale di. (cognome e nome del/la ragazzo/a)

sono consapevole che le attività che saranno programmate dagli educatori del Branco saranno svolte generalmente di sabato pomeriggio (riunioni in tana) o nella giornata di domenica (cacce). Sono previsti anche bivacchi (dal sabato pomeriggio, alla domenica) con pernottamenti in strutture coperte. È altresì prevista, nel corso dell'anno scout, la partecipazione ad un campo invernale (ca 3 gg) ed un campo estivo (ca 7 gg).

Le attività si svolgeranno prevalentemente all'aperto, in ambiente naturale e prevederanno un graduale approccio ai materiali ed alle tecniche scout.

La responsabilità di custodia dei minori da parte delle educatrici/educatori e dei soci adulti della Sezione CNGEI di Verona presenti alle riunioni o uscite scout si limita al periodo e luogo di svolgimento delle attività, come da orari e programmi comunicati.

Nel caso il/la minore dovesse essere affidato/a, al termine delle attività scout, a persone diverse da chi esercita la responsabilità genitoriale, le educatrici/educatori devono essere informati ed autorizzati a ciò.

Le educatrici/educatori, per tutelare la salute e la sicurezza delle/dei giovani, devono essere informati di bisogni educativi particolari, esigenze relative a diete ed intolleranze o allergie alimentari e non alimentari, eventuali terapie da seguire anche durante i periodi di attività scout.

Informata/o e consapevole di quanto sopra:

AUTORIZZO mia/o figlia/o a partecipare alle attività educative organizzate dal CNGEI Sezione di Verona APS.

AUTORIZZO le seguenti persone a prendere in custodia mia/o figlia/o al termine delle attività scout o in caso di uscita anticipata dalle stesse:

Nome e Cognome – ruolo _____

Nome e Cognome – ruolo _____

Nome e Cognome – ruolo _____

Nome e Cognome – ruolo _____

AUTORIZZO gli adulti censiti nel CNGEI Sezione di Verona che saranno presenti alle attività, a prendere eventuali decisioni in caso di cure sanitarie o vaccinazioni urgenti (su indicazione dei medici), nel caso in cui non si riesca a contattarmi telefonicamente ai recapiti qui sottoindicati, ove sarò costantemente reperibile nel periodo di svolgimento delle attività.

Reperibilità 1:

nome _____ numero _____

relazione (madre, padre, ecc.) _____

Reperibilità 2:

nome _____ numero _____

relazione (madre, padre, ecc.) _____

Reperibilità 3:

nome _____ numero _____

relazione (madre, padre, ecc.) _____

DICHIARO che mia/o figlia/o E' NON E' vaccinata/o contro il TETANO.

Se non vaccinata/o, consapevole dei rischi connessi che una normale attività scout comporta in proposito, autorizzo comunque la partecipazione di mia/o figlia/o alle attività educative, assumendomene la responsabilità.

INFORMO che mia/o figlia/o:

HA NON HA. bisogni educativi particolari,

eventualmente quali

HA NON HA esigenze alimentari relative a diete ed intolleranze o allergie

eventualmente quali

SOFFRE / NON SOFFRE di allergie

Eventualmente quali

SEGUE/ NON SEGUE terapie da mettere in atto anche durante i periodi di attività

eventualmente quali

Genitore 1

(nome e cognome) _____ (firma) _____

Genitore 2

(nome e cognome) _____ (firma) _____