



**MODELLO ISCRIZIONE CAMP 2010/
DIABETIC EDUCATIONAL DISNEYLAND PARIS**

PREGASI COMPILARE IN STAMPATELLO BARRARE LE VOCI INTERESSATE CHIARAMENTE ED INVIARE O CONSEGNARE ENTRO 09/05/2010

Io sottoscritt__ (nome e cognome)	
In qualità di genitore/tutore di (solo per minori nome e cognome figlio/a)	
nat__ a	il
Seguit__ dal centro diabetologico di	
dal dottore/dott.ssa	
Porta micro-infusore <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no se si indicare modello :	ogni quanti giorni cambia il set _____ e da quanto tempo lo porta : <input type="checkbox"/> anni ____ <input type="checkbox"/> mesi ____ <input type="checkbox"/> giorni ____
è affetto da altre patologie <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no bagna il letto <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se si indicare quali _____ con quali terapie : _____
Ha allergie a farmaci <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se si indicare quali _____
Ha allergie ad alimenti <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se si indicare quali _____
Ha intolleranze alimentari per motivi religiosi o altro <input type="checkbox"/> sì <input type="checkbox"/> no	se si indicare quali _____
chiede la possibilità di partecipazione <input type="checkbox"/> camp SMALL <input type="checkbox"/> camp JUNIOR <input type="checkbox"/> DISNEYLAND n°COMPL.	<input type="checkbox"/> sesso M <input type="checkbox"/> sesso F indicare anno di nascita figlio/a _____ barrare la taglia desiderata per la felpa : <div style="text-align: right;">XL L M S XS</div>
Consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi specifiche in materia concedo l'utilizzo dei dati inseriti nel presente modulo ai fini organizzativi delle attività dell'ass. scrivente ai sensi D.Lgs. 196/03 s.m.i. <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No (se no non sarà possibile accogliere la domanda)	

Consapevole che :

l'ammissione alla partecipazione del camp da me selezionato **dovrà essere confermata entro il 30/05/2010** tramite telefonata al nr. (fisso) _____
 (oppure cell.) _____ e successivamente via posta ordinaria
 all'indirizzo (via - città - c.a.p. Prov.) _____
 O VIA E-MAIL _____

invio

consegna alla riunione del 09/05/2010

il presente modulo compilato in ogni sua parte **pena esclusione dalla selezione**

data _____ firma (leggibile) _____